

SÉRGIO LUIZ RIBEIRO

**A SAÚDE MENTAL, A FORMAÇÃO DO PSICÓLOGO E AS DIRETRIZES
CURRICULARES NACIONAIS – TERRITÓRIOS EM APROXIMAÇÃO?**

**ASSIS
2007**

SÉRGIO LUIZ RIBEIRO

A SAÚDE MENTAL, A FORMAÇÃO DO PSICÓLOGO E AS DIRETRIZES
CURRICULARES NACIONAIS – TERRITÓRIOS EM APROXIMAÇÃO?

Dissertação apresentada à Faculdade de Ciências e
Letras de Assis – UNESP – Universidade Estadual
Paulista para a obtenção do título de Mestre em
Psicologia (Área de Conhecimento: Psicologia e
Sociedade)

Orientadora: Dra. Cristina Amélia Luzio

ASSIS
2007

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)
Biblioteca da F.C.L. – Assis – UNESP

R484s	Ribeiro, Sérgio Luiz A saúde mental, a formação do psicólogo e as diretrizes curriculares nacionais – Territórios em aproximação? / Sérgio Luiz Ribeiro. Assis, 2007 83 f. Dissertação de Mestrado – Faculdade de Ciências e Letras de Assis – Universidade Estadual Paulista. 1. Psicólogos. 2. Psicologia – Currículos. 3. Reforma psiquiátrica. 4. Saúde mental. I. Título. CDD 150 614.58
-------	---

AGRADECIMENTOS

A Santina e Alcides, meus pais; a Nívea e Marcos, meus irmãos - pelo amor, carinho, incentivo e apoio em todos os momentos.

A Regilene, minha companheira – pela atenção, compreensão, dedicação, amor incondicional e energia.

Aos usuários e colegas de trabalho do CAPS Espaço Vivo de Botucatu – pelo compartilhamento de experiências, de calor humano e da vivência diária que tivemos de nossos sonhos, utopias e alegrias.

Aos colegas de trabalho do Ambulatório Regional de Saúde Mental de Bauru – pela compreensão das ausências, o apoio e incentivo para a realização deste trabalho. Aos usuários deste Ambulatório – por mostrarem a cada dia a necessidade da consolidação da Reforma Psiquiátrica e me ensinarem lições de vida e de superação.

Aos colegas e professores do Mestrado – pelos férteis momentos de debates, discussões, compartilhamentos, contribuições e apoio mútuo.

Aos professores Glória Elisa Bearzotti Pires Von Buettner, Maria Lúcia Boarini e Silvio Yasui – pelas várias contribuições e generosidade que sempre demonstraram para a realização deste trabalho.

A Cristina Amélia Luzio – por ter me aceito como orientando, sua disponibilidade, apoio, carinho, atenção e generosidade de caminhar junto comigo neste trabalho e de partilhar suas experiências e conhecimentos nesta área, de forma lúcida e ampla.

RESUMO

A presente pesquisa aborda a formação do psicólogo para a atuação no campo da Saúde Mental. O processo da Reforma Psiquiátrica Brasileira trouxe alterações profundas no entendimento dos transtornos mentais e nas formas de atenção às pessoas acometidas por eles e no papel social atribuído às profissões encarregadas deste cuidado. A Psicologia tem sido historicamente criticada por propiciar uma formação baseada no modelo “clínico”, centrada na doença e no indivíduo, por intermédio da psicoterapia individual em consultórios. Atualmente estão sendo implantadas as Diretrizes Curriculares da Psicologia com objetivo de oferecer ao aluno uma formação básica, científica e generalista que contemple as principais abordagens formadoras do pensamento psicológico contemporâneo. Utilizamos como procedimento a análise documental de estudos de profissionais da área, pesquisas de entidades representativas da profissão, relatórios e legislação dos Ministérios da Educação e da Saúde relacionados à formação do profissional para a Saúde Mental, da trajetória da elaboração das Diretrizes e do perfil deste profissional constante nas mesmas. A análise apontou que as Diretrizes Curriculares fazem referências genéricas sobre a atuação e as habilidades do psicólogo para atuar na Saúde Mental, sendo a única referência direta de um campo de atuação o da Saúde. As Diretrizes indicam que o psicólogo tenha o entendimento do fenômeno psicológico como complexo, multideterminado e produzido socioculturalmente. Porém, as competências e habilidades propostas para este profissional aplicadas no campo da saúde e saúde mental parecem orientadas no modelo Preventivo-Comunitário, em especial, no que se refere à recuperação, prevenção e promoção da saúde psicológica em termos de uma ação prioritariamente individual ou coletiva. Concluindo, as Diretrizes Curriculares para a Psicologia pouco reproduzem ou refletem das propostas contidas nos relatórios, legislação e outros documentos que se referem à formação profissional no campo da Saúde Mental na perspectiva da Reforma Psiquiátrica e da Atenção Psicossocial.

Palavras-chave: formação do psicólogo, diretrizes curriculares, saúde mental, reforma psiquiátrica, atenção psicossocial.

Title: Mental Health, the Formation of the Psychologist and National Curricular Guidelines - Territories in Approximation?

ABSTRACT

This research deals with the formation of the psychologist for the performance in the field of Mental Health. The process of Brazilian Psychiatric Reform brought profound changes in the understanding of mental disorders, forms of attention to people affected by them and the social role assigned to the professions charge of this care. The Psychology has been criticized for historically provide training based on the "clinical" model, centered on disease and the individual, through individual psychotherapy in office. Currently being deployed National Curricular Guidelines of Psychology, in order to offer the student initial training, scientific and general, which includes the main approaches forming the psychological contemporary, particularly in the area of Health. Used as a procedure to document analysis of studies of professionals in the area, surveys of representative entities of the profession, reports and legislation of the Ministry of Education and Health related to the vocational training for Mental Health, the trajectory of the preparation of Guidelines and the profile of this professional constant in them. The analysis indicated that the Curricular Guidelines make general references on the performance and skills of the psychologist for Mental Health, and the only direct reference to a field of expertise the Health. The Guidelines indicate that the psychologist has the understanding of the psychological phenomenon as complex, multidetermined and produced socioculturally. However, the actions expected of this professional, discriminated into skills and competencies, seem in the perspective of the model Preventive-Community, in particular, as regards recovery, prevention and health promotion in terms of a psychological action primarily individual or collective. Finally, the Curricular Guidelines for the Psychology little reproduce or reflect the proposals contained in the reports, legislation and other documents that refer to training in the field of Mental Health in view of the Psychiatric Reform and Psychosocial Attention.

Keywords: formation of the psychologist, curricular guidelines, mental health, psychiatric reform, psychosocial attention.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABEP - Associação Brasileira de Ensino de Psicologia

ANPEPP - Associação Nacional de Pesquisa e Pós-Graduação em Psicologia

CAPES - Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior

CAPS - Centro de Atenção Psicossocial

CEBES - Centro Brasileiro de Estudos de Saúde

CES - Câmara de Educação Superior

CEEP - Comissão de Especialistas em Ensino de Psicologia

CFE - Conselho Federal de Educação

CFP - Conselho Federal de Psicologia

CNE - Conselho Nacional de Educação

CNPQ - Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico

CNSM - Conferência Nacional de Saúde Mental

CONEP - Conselho Nacional de Entidades Estudantis de Psicologia

CRP-SP - Conselho Regional de Psicologia de São Paulo - 6ª Região

EUA - Estados Unidos da América

FENP - Fórum de Entidades em Psicologia

FENPB - Fórum de Entidades Nacionais da Psicologia Brasileira

HPCMC - Hospital Cantídio de Moura Campos

INEP - Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais

INPS - Instituto Nacional de Previdência Social

LBHM - Liga Brasileira de Higiene Mental

LDB - Lei de Diretrizes e Bases da Educação

MEC - Ministério da Educação e Cultura

MS - Ministério da Saúde

MTSM - Movimento de Trabalhadores em Saúde Mental

NAPS - Núcleo de Atenção Psicossocial

OMS - Organização Mundial de Saúde

OPAS - Organização Panamericana de Assistência à Saúde

PISAM - Plano Integrado de Saúde Mental

PNASH - Programa Nacional de Avaliação do Sistema Hospitalar

PNE - Plano Nacional de Educação

REME - Movimento de Renovação Médica

SBP - Sociedade Brasileira de Psicologia

SESU - Secretaria de Educação Superior

SUDS - Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde

SUS - Sistema Único de Saúde

UBS - Unidade Básica de Saúde

UNESP - Universidade Estadual Paulista

USP - Universidade de São Paulo

SUMÁRIO

	Página
Apresentação.....	01
- Trajeto do Pesquisador.....	01
- O Percurso da Pesquisa.....	05
 Capítulo I – Antecedentes da Psiquiatria e da Psicologia no Brasil.....	 06
- Antecedentes da Psiquiatria no País.....	06
- O Modelo Preventivo-Comunitário.....	07
- A Criação do Curso de Psicologia no Brasil.....	17
 Capítulo II – A Reforma Psiquiátrica, a Saúde Pública e a Psicologia.....	 21
- O Processo da Reforma Psiquiátrica.....	21
- Psicologia na Saúde e Saúde Mental.....	30
 Capítulo III – A Formação do psicólogo para a Saúde Mental Pública.....	 34
- A Formação do Psicólogo, a Saúde Mental e as Diretrizes Curriculares.....	34
- Proposta Curricular CEEP – 1995.....	45
- Proposta de Diretrizes Curriculares CEEP – 1999.....	47
- Proposta de Diretrizes Curriculares do CNE – 2001.....	48
- Proposta de Diretrizes - FENP – 2002.....	50
- Proposta de Diretrizes Curriculares do CNE – 2002.....	52
- Proposta de Diretrizes Curriculares do CNE – 2004.....	52
 Considerações Finais.....	 65
 Referências.....	 67
 Anexo 1.....	 76
- Resolução CNE/CES nº. 8 de 7 de maio de 2004. Institui as Diretrizes Curriculares Nacionais para os Cursos de Graduação em Psicologia.....	76

O Trajeto do Pesquisador

O interesse pelo cuidado das pessoas com sofrimento psíquico surgiu em minha vida depois de ter completado o curso de Psicologia. Durante a graduação, na Universidade Estadual Paulista (UNESP) - Faculdade de Ciências e Letras de Assis (SP), eu não apresentei nenhum interesse especial pelas questões ligadas a este tema. Mesmo tendo cursado Psicologia no período de 1987 a 1991, época em que o Movimento da Reforma Psiquiátrica adquiriu características mais radicais, assumindo como lema “Por uma sociedade sem manicômios”, conforme será abordado posteriormente.

Dessa maneira, não participei nem mesmo da visita a um Hospital Psiquiátrico da cidade de Marília (SP), atividade acadêmica optativa da disciplina de Psicopatologia do referido curso de Psicologia. O meu interesse era trabalhar com psicoterapia, mas não em consultório e sim no serviço público, uma vez que naquele momento, se institucionalizava o campo da Saúde Mental como uma política pública, que buscava a diminuição das internações psiquiátricas, a criação de ambulatorios e de equipes mínimas de saúde mental nas unidades básicas de saúde.

Após a conclusão do curso de Psicologia em 1992, busquei uma formação complementar nessa área e neste mesmo ano iniciei o Curso de Aprimoramento - Psicologia Clínica em Psiquiatria (atualmente designado nesta mesma instituição como Psicologia da Saúde) na UNESP - Faculdade de Medicina de Botucatu, interior do estado de São Paulo. Durante os dois anos do curso tive várias experiências em atendimentos psicoterápicos grupais e individuais, mas não tive contato com pacientes com transtornos psíquicos graves.

No final de 1993, último ano do Curso de Aprimoramento, surgiu um concurso para psicólogo no Hospital Cantídio de Moura Campos de Botucatu (HPCMC), de gestão pública-estadual. Como se tratava de um hospital psiquiátrico, na ocasião relutei em fazer inscrição, pois não era o que pretendia fazer como profissional.

No entanto, por intermédio de colegas, soube que a nova diretoria estava empenhada em fazer grandes mudanças no hospital, sobretudo na melhoria do atendimento prestado e na formação de equipes de atendimento multiprofissional. Passei naquele concurso e, em abril de 1994, iniciei minha carreira no campo da Saúde Mental: em um hospital psiquiátrico, sua mais antiga instituição.

A partir daquele momento cada vez mais fui me interessando pelo tema, pelas questões relacionadas ao sofrimento psíquico e suas formas de tratamento. As transformações pelas quais passou o Hospital, e que pude acompanhar, foram importantes para mim. Uma das

que considerei mais relevante foi a formação de equipes multiprofissionais para o atendimento dos pacientes, com a construção de programas específicos de atendimentos para cada uma das equipes.

Trabalhei no HPCMC durante 5 anos (1994-1999) junto à Enfermaria de pacientes Agudos Masculinos, sendo que por um ano e meio exerci o cargo de Coordenador dessa Equipe. Desenvolvi atividades profissionais durante dois anos e meio no Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) Espaço Vivo, criado em 1999 pelo Hospital. Localizado na área central da cidade de Botucatu, esse CAPS constituía-se num setor externo do Hospital e, portanto, era subordinado técnica e administrativamente ao HPCMC.

Essa foi a experiência mais marcante de minha trajetória, pois junto com a equipe do CAPS pudemos inventar, criar, ousar formas de atendimento aos usuários e à comunidade, além de transformar as relações de trabalho e de funcionamento de equipe, de modo a visualizar possibilidades salutares para os profissionais, usuários e familiares dos portadores de sofrimento psíquico.

Enfim, naquele espaço realizamos, de fato, um processo de Atenção Psicossocial. Essa experiência foi muito significativa e dela resultou um artigo (RIBEIRO, 2004), no qual relato de forma mais detalhada esse processo. O interesse em fazer Curso de Mestrado em Psicologia ou Saúde Mental surgiu durante o tempo em que trabalhei no CAPS, resultado de uma necessidade de sistematizar e aprofundar as reflexões sobre as experiências que tive no HPCMC e no CAPS.

Tal interesse se agregava a um outro, que então se iniciava: a docência. Em agosto de 2000, comecei a ministrar a disciplina de Psicopatologia num curso de Psicologia, recém-criado, de uma Universidade particular de Bauru, interior do estado de São Paulo. A coordenação procurava um profissional que tivesse experiência na área de Saúde Mental, pois além das aulas teóricas, a disciplina possuía uma parte prática em que se realizavam visitas a hospitais psiquiátricos.

Com o passar do tempo, ministrei outras disciplinas naquele curso de Psicologia e mudei-me para Bauru. As viagens constantes, associado ao fato dessa cidade oferecer maiores possibilidades de cursar Mestrado e outras questões pessoais, impulsionaram-me a solicitar minha transferência do CAPS de Botucatu, para o Ambulatório Regional de Saúde Mental de Bauru, também público-estadual, local em que trabalho atualmente.

Nessa experiência, de 13 anos de serviço público estadual, trabalhei em três situações muito peculiares: primeiro num Hospital Psiquiátrico, que passava por profundas alterações em suas práticas; segundo na elaboração, criação e consolidação de um CAPS, e por fim num

Ambulatório de Saúde Mental que procura, junto aos municípios da região ao qual é referência, efetivar uma prática do atendimento ao sofrimento psíquico dentro das propostas da Atenção Psicossocial.

Em síntese, as minhas inquietações e indagações iniciais, que compõem este trabalho, decorrem dessa minha trajetória profissional, na qual se integram atividades da assistência em Saúde Mental e docência em um Curso de Psicologia.

Na Saúde Mental, muitas situações peculiares permitiram-me constatar as dificuldades que os trabalhadores enfrentam no dia-a-dia dos serviços de saúde mental, para viabilizar ações que de fato contribuam na superação do modelo psiquiátrico ainda vigente¹.

Por outro lado, como docente de curso de Psicologia, percebo que a formação dos psicólogos tem estado à parte de todo o movimento da Reforma Psiquiátrica e das políticas públicas de Saúde e Saúde Mental. Os cursos de Psicologia têm pouca discussão acumulada e sistematizada acerca das necessidades de formação nesta área.

No que se refere à formação profissional, em especial do psicólogo, observa-se que a maioria dos cursos ainda continua formando-o para ser um profissional liberal, atuar em consultório particular e realizar psicoterapia individual, à maneira de outros profissionais liberais.

Os psicólogos que atuam em serviços de Saúde Mental, por sua vez, têm demonstrado preocupação com estagiários e profissionais recém-formados, que têm pouco ou nenhum conhecimento do campo da Saúde Pública e Mental ou têm apenas alguma vivência na área, por meio de estágios extracurriculares realizados durante a graduação. No entanto, a maioria dos cursos de Psicologia não possui nem mesmo estágios nesta área.

Portanto, a questão do como tem se constituído a formação do psicólogo em relação ao campo da Saúde Mental me implica duplamente, como professor de Psicologia e psicólogo que atua na Saúde Mental, fazendo com que este seja o tema desta pesquisa.

É importante destacar que neste trabalho o termo Saúde é concebido como um processo histórico e social resultante e dependente da relação do homem com as condições de vida em seu cotidiano: alimentação, habitação, educação, meio-ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer e liberdade. Deste modo, a Saúde se constitui um campo de atuação interdisciplinar que tem como foco a promoção, proteção e recuperação da saúde, sendo sua área de intervenção o indivíduo em seus vários aspectos: orgânicos/fisiológicos, sociais, emocionais e psíquicos (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1986).

¹ Denominaremos neste trabalho o modelo psiquiátrico ainda vigente de modo asilar ou manicomial, de acordo com Costa-Rosa (1987; 2000).

Utilizamos o termo Saúde Mental para especificar um setor da área da Saúde responsável pelo cuidado dos transtornos mentais² e, portanto, um campo de atuação dos psicólogos. Deste modo, entendemos que o sofrimento psíquico decorre das mesmas determinações histórico-sociais, sendo que as ações de cuidado devem contemplar estes diversos aspectos.

Como um setor da Saúde, a Saúde Mental tem uma política específica orientada nas diretrizes e propostas do Movimento da Reforma Psiquiátrica Brasileira. Tal movimento trouxe alterações profundas no entendimento dos transtornos mentais e nas formas de atenção às pessoas acometidas por eles, por parte dos profissionais da área da Saúde Mental e no papel social atribuído a estas profissões.

Uma destas alterações diz respeito à constatação da falta de sintonia entre as novas formas de entendimento do sofrimento psíquico, ligadas à Atenção Psicossocial³ e à formação acadêmica dos profissionais da Saúde.

A Psicologia, uma das profissões que compõe esse setor no Brasil, tem sido historicamente criticada por propiciar uma formação calcada no modelo “clínico”, em que o destaque maior é dado ao indivíduo, ao patológico e predominantemente por meio de psicoterapia individual nos consultórios. Desta forma, sua participação tem sido pequena junto a equipes, nos serviços de saúde ou outros espaços sociais. Sobretudo, em função deste modelo de formação e de restrições do mercado de trabalho, temos uma concentração da atuação dos psicólogos nos consultórios e clínicas particulares.

Neste momento estão sendo implantadas as Diretrizes Curriculares Nacionais para os Cursos de Psicologia, aprovadas em 2004, as quais sinalizam que o psicólogo deve ter uma formação ampla de modo a prepará-lo para atuação em diversos campos.

Deste modo, é importante investigar como esta formação estará contribuindo para o psicólogo atuar na Saúde Mental na perspectiva da Atenção Psicossocial.

Tal estudo justifica-se, pois a Atenção Psicossocial não tem como objetivo apenas a mudança da assistência em Saúde Mental, mas a mudança paradigmática do modelo psiquiátrico moderno. Inserida no campo da Reforma Psiquiátrica, a Atenção Psicossocial requer um conjunto de ações nos campos teórico-assistencial, técnico-assistencial, jurídico-político e sociocultural, norteado pela superação do Modo Asilar. Portanto, a ruptura de

² Também será utilizado neste trabalho o termo sofrimento psíquico ao nos referirmos aos transtornos mentais.

³ Inicialmente conceituaremos Atenção Psicossocial como processo de transformações no paradigma psiquiátrico asilar/manicomial, sendo posteriormente definida de forma mais precisa.

paradigmas e a construção de novos saberes e novas práticas, exige uma mudança na formação dos profissionais que atuam neste campo.

O percurso da Pesquisa

Para analisar a formação e o perfil do profissional que trabalha na Saúde Mental, em especial o psicólogo, tomamos por base os aportes teóricos tanto sobre a formação do psicólogo na Saúde e na Saúde Mental, como acerca da Atenção Psicossocial de diversos autores. Utilizamos especialmente aqueles que contemplam propostas com potencialidade para superação do Modo Asilar e consolidação dos avanços da Reforma Psiquiátrica e que serão abordadas ao longo deste estudo.

Utilizamos, do mesmo modo, pesquisas e documentos elaborados por entidades representativas da Psicologia; relatórios das Conferências Nacionais de Saúde Mental e documentos dos Ministérios da Saúde e da Educação e Cultura, relacionados às temáticas: da formação profissional em Saúde, Saúde Mental, Reforma Psiquiátrica e Atenção Psicossocial.

Realizamos, por fim, a análise do processo histórico da elaboração das Diretrizes Curriculares Nacionais para os cursos de Psicologia por meio das Resoluções, Pareceres, Relatórios e documentos de entidades da área da Psicologia e dos órgãos do Ministério da Educação que tiveram papel destacado neste processo, e qual a formação e o perfil preconizado deste profissional para atuação na Saúde Mental.

Assim, no Capítulo I, fazemos uma contextualização dos antecedentes da Psiquiatria, da Psicologia no Brasil e do modelo Preventivo-Comunitário na Saúde e Saúde Mental. No Capítulo II, abordamos o processo da Reforma Psiquiátrica Brasileira e da inserção da Psicologia no campo da Saúde e Saúde Mental. No Capítulo III, analisamos a formação do psicólogo na Saúde Mental pública, a partir do processo histórico da elaboração das várias propostas de Diretrizes Curriculares Nacionais e da discussão da sua versão final. Concluindo, nas considerações finais, realizamos um encerramento do texto.

I - ANTECEDENTES DA PSIQUIATRIA E DA PSICOLOGIA NO BRASIL

Antecedentes da Psiquiatria no País

Podemos sintetizar que no Brasil a assistência aos transtornos mentais inicia-se com a criação do Hospício Pedro II, no Rio de Janeiro, em 1852. Do início da colonização do país pelos portugueses até a criação dos manicômios, a doença mental parecia estar diluída na vastidão territorial do país, silenciosa, não se constituindo num problema social. Além disso, a urbanização era incipiente, as cidades eram praticamente vilas pouco povoadas e a economia era baseada na atividade agrícola, alicerçada no trabalho escravo, de acordo com Resende (1987).

No final do século XIX a situação social e econômica se alterou. Houve um aumento expressivo da população urbana, principalmente nas capitais dos atuais estados do Rio de Janeiro, Bahia e Pernambuco, devido ao desenvolvimento da atividade comercial, portuária, industrial e bancária e um declínio da produção agrícola, notadamente do café.

Somada à escassez de trabalho para o homem livre, ampliou-se o número de “vadios” e “desocupados”, que, por sua vez, acabavam recorrendo a pequenos crimes e roubos para sua subsistência. Neste grupo, são incluídos os loucos que apresentavam dificuldade para se adaptar à urbanização acelerada e a falta de trabalho no campo. A loucura passou a compor o grupo de desocupados que perambulavam pelas cidades e, portanto, torna-se um problema social para as autoridades.

Dessa maneira, a desordem e a ociosidade, a perturbação da paz social e obstáculo ao crescimento econômico foram as razões, segundo Rezende (1987), para que a loucura passasse, no final do século XIX e início do século XX, a ser encarcerada nos porões das Santas Casas e posteriormente transferidos para os hospitais psiquiátricos, recém-construídos.

A função saneadora do espaço social, que levou à construção dos primeiros hospícios no Brasil, evidencia uma característica peculiar da assistência psiquiátrica no Brasil, ou seja, primeiro se criaram as instituições destinadas a abrigar os loucos, antes da constituição da Psiquiatria como especialidade médica no país, uma vez que a mesma só ocorrerá após a Proclamação da República (RESENDE, 1987). Os hospícios nasceram como instituição preventiva, objetivando sanear e preservar as cidades dos insensatos.

A Psiquiatria Científica no Brasil, surgida após a Proclamação da República (1889), utilizava o aparato científico disponível na época para referendar esta prática higienista-preventiva da loucura. E, segundo Machado et al (1987), utilizando-se de um projeto de

medicalização do social, no qual a Psiquiatria aparece como um instrumento tecnocientífico de poder, numa Medicina que se autodenomina social.

Os hospitais que foram criados serviam unicamente à exclusão do louco do convívio social, situação que vai perdurar até o fim da década de 1960, como veremos posteriormente. Momento, no qual o modelo preventivo-comunitário passa a orientar não apenas o campo da Saúde, mas também a Saúde Mental no Brasil e a formação dos profissionais destas áreas.

Muitos destes pressupostos, como detalharemos a seguir, tiveram entre outras inspirações, aquelas advindas das transformações operadas na Medicina com a estruturação do discurso e das práticas da Medicina Preventiva. Tais transformações influenciaram a Saúde Mental, o que torna necessária a abordagem da emergência deste modelo e seus principais conceitos.

O Modelo Preventivo-Comunitário

Conforme Arouca (2003), a Medicina persegue o tema da prevenção desde suas origens históricas: Egito, Grécia, Roma e praticamente em todas as eras. As causas para a constituição da Medicina Preventiva como aparato e discurso científico mais acabado, de acordo com Rios (1965 apud AROUCA, 2003), se deu por meio de dois fenômenos paralelos.

O primeiro referia-se à necessidade de uma compreensão, de revisão e ampliação do conhecimento da Medicina, por meio da incorporação de outras ciências, uma vez que apesar do aprofundamento nos estudos e pesquisas nos campos da Biologia e Fisiologia, não se encontravam respostas aos problemas e dificuldades da Medicina.

O segundo fenômeno estava relacionado às mudanças nas estruturas da sociedade moderna que teve, como uma das conseqüências, a ampliação do conceito de saúde. Este, por sua vez, deixou de ser um estado puramente negativo, de não estar doente, para ser construído como um valor positivo, uma reivindicação social e um índice de civilização.

Continuando, Rios (1965 apud AROUCA, 2003, p. 35) define a Medicina Preventiva como “o conjunto de noções e técnicas visando o conhecimento e manipulação dos processos sociais e psico-sociais do comportamento humano que dizem respeito à implantação de padrões racionais de saúde”.

Arouca (2003) acrescenta que, além disso, a Medicina Preventiva é tributária de um campo formado por três vertentes: 1) Da Higiene, com seu aparecimento no século XIX, ligada ao desenvolvimento do capitalismo e da ideologia liberal; 2) Da discussão do alto custo

da atenção médica nas décadas de 1930 a 1940 entre o governo dos EUA e organizações privadas de médicos, que levou ao aparecimento do Estado interventor neste campo e a ampliação dos serviços de saúde pública; 3) O surgimento de uma redefinição das responsabilidades médicas surgidas no interior da formação médica e a crítica a Medicina curativa.

Ainda de acordo com este autor, a Medicina Preventiva definiu seu contraponto, a medicina curativa, como aquela que se limitava ao diagnóstico e à terapêutica, reservando para a prevenção e a reabilitação funções secundárias, em ações que privilegiavam a doença e a morte e não a saúde e a vida.

O movimento preventivista criticou, ainda, a prática médica em outros aspectos, sendo que dentre os principais comentamos alguns. A ineficiência da Medicina curativa, pois como se concentrava na terapêutica e descuidava da prevenção, acarretava o encarecimento da atenção médica e sua pouca resolutividade. O crescente especialismo na prática médica, devido às influências das ciências naturais e do Positivismo, fazendo com que o ser humano fosse cada vez mais reduzido a órgãos e perdida a noção de totalidade orgânica.

Outra crítica se referia ao conhecimento médico que se baseava no enfoque predominantemente biológico, já que se passou a considerar cada vez mais a Medicina como uma área de conhecimento tridimensional que exigia, portanto, uma abordagem multidisciplinar apoiada nos campos da Biologia, Ciências Sociais e Psicologia, não devendo ficar restrita ao biológico. E ainda, a prática curativa da Medicina, que realizava uma ação nos indivíduos, já que se fundamentava no interesse e na ação sobre o mesmo, tomando-o como um ser desvinculado do campo social a que pertencia, sem se interessar pelos problemas que envolviam a população como um todo ou determinados grupos sociais.

Por fim, questionava a formação médica na qual prevalecia essa ideologia curativa, que não preparava este profissional para o atendimento na Saúde Pública e para as necessidades reais da maioria da população, fazendo com que o médico perpetuasse uma atuação elitista, servindo aos interesses da Medicina privada.

Os mais importantes princípios teóricos do movimento preventivista foram sistematizados por Leavell e Clarck, em 1965, quando publicaram o livro *Preventive Medicine for the Doctor in his Community*⁴.

Arouca (2003) aponta que a diferença qualitativa introduzida por estes autores é a organização de conhecimentos, antes difusos em vários compartimentos do saber médico, em

⁴ No Brasil o título do livro foi traduzido como **Medicina Preventiva**.

um paradigma: o da História Natural das Doenças. Os principais conceitos deste paradigma são:

1) Qualquer doença não é uma condição estática, mas um processo que segue uma história natural podendo assim ser interrompido.

2) O processo de doença evolui como resultante de múltiplas causas envolvendo a interação entre agentes, hospede e ambiente. A prevenção é possibilitada atuando sobre um ou mais destes fatores, fazendo com que a interação não se dê, ou seja interrompida.

3) Pretende-se a interrupção desta evolução tão cedo quanto possível, sendo que o médico deve estar preparado para detectar os mínimos desvios da normalidade.

4) As medidas preventivas serão mais eficazes se aplicadas ao indivíduo sadio e assintomático e o médico deve estender sua prática preventiva à família do paciente que o procura em aparente estado de saúde, pois esta é considerada como unidade social básica e como tal torna-se objeto privilegiado desta ação preventiva.

5) Normalidade e saúde são atributos relativos e requerem estudos estatísticos para a sua definição. Em síntese, a saúde envolve fatores sociais, mentais e biológicos e o médico deve compreender a complexidade do campo da saúde, seus objetivos e o papel exercido por cada um de seus elementos para uma efetiva prática preventiva (LEAVELL; CLARK, 1976).

Por meio do conceito da História Natural das Doenças, estas passam a ser entendidas como um processo, categorizadas em fases sucessivas e resultantes da interação anterior entre os fatores causadores e o ambiente. Esta concepção alarga a responsabilidade médica, pois em todas as situações podem-se encontrar pessoas em um ponto da História Natural das Doenças e para cada um deles existem medidas preventivas possíveis para a Medicina, como referido acima.

O discurso preventivista assume no plano individual a universalidade do cuidado à saúde e o pratica no cotidiano para promover a saúde ou evitar as doenças. Tal universalidade da atitude preventivista levou a uma nova postura da Medicina em relação ao ensino médico e fez com que a Epidemiologia fosse assumida como disciplina básica, numa tentativa de se retornar a uma unidade entre indivíduo e o coletivo.

Assim, tal unidade passou a ser o principal elemento para o conhecimento da História Natural das Doenças, utilizado para fornecer as bases para a prevenção, juntamente com a importância dos dados estatísticos. Além disso, foram incorporadas no ensino médico as Ciências Sociais aplicadas à Medicina - a Sociologia Médica.

O aparecimento da Medicina Preventiva pode ser compreendido em duas fases. A primeira, após a Primeira Guerra Mundial (1914-1918), com a reforma dos currículos das

escolas médicas na Inglaterra e Reino Unido em 1922, na qual o preventivismo tornou-se uma diretriz importante para a formação médica, presente em todo o currículo médico.

Depois da Segunda Guerra Mundial (1939-1945), considera-se sua segunda fase, marcada pela expansão deste ideário para os EUA e Canadá, que teve como estratégia fundamental para o desenvolvimento da atitude preventivista, uma mudança na formação médica. Naquele contexto foram realizados, pela ação das agências internacionais como a Organização Mundial de Saúde (OMS) e a Organização Panamericana de Assistência à Saúde (OPAS), vários encontros, conferências e seminários sobre Medicina Preventiva.

Esses eventos objetivaram incluir essa área dentro das escolas médicas, em especial, nos países latino-americanos e outros países subdesenvolvidos, considerados alvos das idéias comunistas. Além disto, procuravam criar uma construção teórico-ideológica do discurso e da prática preventivista nestes países, levando até eles não só a problemática dos países desenvolvidos, mas a forma de pensá-los e resolvê-los (AROUCA, 2003).

Em síntese, a Medicina Preventiva surgiu contrapondo-se à Medicina curativa. Suas críticas foram centradas na constatação de que apenas o saber médico era insuficiente para abarcar a complexidade do processo de adoecimento. Se, por um lado, a doença passou a ser concebida como multicausal, em consonância com o modelo da História Natural das Doenças, de outro, ela é considerada passível de ser prevenida.

No entanto, a prevenção exigiu uma nova postura da prática e do discurso médico. A partir da incorporação ou valorização de disciplinas, como Sociologia, Epidemiologia e Estatística na formação médica, capazes de propiciar a melhor compreensão do processo do adoecer. O que se busca é a promoção de uma nova postura do médico, no sentido de procurar, mesmo antes do surgimento dos sintomas, os indícios de fatores que causarão doenças no futuro.

Há uma clara expansão do espaço social da Medicina e do discurso médico, que passou a tomar para si não somente o tratamento das doenças, mas sobretudo, das atitudes e meios para uma vida saudável, sendo a prática médica o principal instrumento para alcançar este objetivo. Estes ideais são incorporados com alguma ou nenhuma alteração para o campo da Psiquiatria, sobretudo no modelo Preventivo-Comunitário.

A prevenção dos transtornos mentais, segundo COSTA (1989), constitui-se num fantasma que assombra igualmente a Psiquiatria desde o seu nascimento, no final do século XVIII na Europa, sendo que “[...] os fundamentos desta idéia assentam-se em dois pilares ainda bem sólidos: a noção de sujeito universal e a noção de previsão ou predição controlada das condutas, sentimentos, desejos, etc.” (COSTA, 1989, p. 14).

Poderíamos acrescentar, ainda, como fundamento da Psiquiatria Preventiva o racionalismo-positivista, como concepção de ciência e de conhecimento. Assim, a noção de prevenção tem seu nascedouro, segundo este autor, na crise do organicismo mecanicista dos fins do século XIX e começo do XX, surgindo na forma de crítica à patologia mecanicista de Kraepelin, que acabou por trazer à Psiquiatria duas consequências:

[...] viu-se constrangida a aceitar que a doença mental era uma doença do psiquismo e não do soma. Em segundo lugar, não mais podendo recorrer de modo exclusivo, ao método das ciências naturais para explicar seu novo objeto, a Psiquiatria foi obrigada a buscar em teorias e disciplinas não-médicas as bases de sua nova prática. (COSTA, 1989, p. 25).

No Brasil, pode-se considerar que a precursora do conceito de prevenção dos transtornos mentais e da sua incorporação no discurso da Psiquiatria foi a Liga Brasileira de Higiene Mental (LBHM), criada no final em 1923. Essa, segundo Costa (1989), recorria para tal entendimento às noções de higiene psíquica e racial.

Existia uma grande preocupação dos psiquiatras e de toda intelectualidade daquela época para com a questão racial, principalmente devida a forte miscigenação que ocorrera no país ao longo dos séculos. De acordo com o Darwinismo Social esse fato resultaria num quadro de degenerescência racial que impediria a construção de uma verdadeira civilização no país.

O Darwinismo Social como doutrina surgiu no século XIX na Europa. Acreditava na existência de caracteres raciais fixos, imutáveis, valorizando a existência de “tipos puros” e condenando qualquer forma de miscigenação, tida como responsável pela degeneração não só racial como social de uma nação (Reis, 2000).

Entretanto, no Brasil nessa época existia uma outra corrente de pensamento que apontava além da miscigenação, o abandono sanitário e educacional do homem brasileiro como fator importante de degeneração. Como consequência, seria então necessário enfrentar estas causas para o desenvolvimento do país. Acreditava-se, por esses conceitos, que o brasileiro não era um degenerado somente por essência racial, mas como resultado de descaso das autoridades públicas com as condições de vida da maioria da população.

Particularmente no campo da Medicina no Brasil, no final do século XIX e início do século XX, houve uma grande mobilização política que levou a criação de várias instituições e a implantação de medidas sanitárias apoiadas no saber médico, que pudessem dar solução as precárias situações da Saúde Pública do país. Decorrente dessa mobilização surgiu o conceito, apoiado no Darwinismo Social, do embranquecimento da população, que afirmava que a

população brasileira caminhava para o branqueamento e, como resultado, o natural desaparecimento da população negra e índia, graças à superioridade biológica da raça branca nos cruzamentos raciais.

Para garantir que tal processo fosse levado à termo, os intelectuais se apoiaram em outro conhecimento científico disponível na época - a Eugenia. Conforme Reis (2000), o termo foi criado pelo naturalista e estatístico inglês Francis Galton em sua obra *Hereditary Genius*, publicada na segunda metade do século XIX.

Galton era estudioso da hereditariedade, adepto das idéias de Darwin e concebeu a Eugenia como a ciência do melhoramento do patrimônio hereditário. Desta forma preocupava-se em dar às linhagens mais adaptadas ou mais bem dotadas mais oportunidades em relação aquelas que são menos adaptadas ou dotadas. Ou seja, procurava criar melhores condições para que as raças superiores tivessem ainda mais vantagens no processo evolutivo.

Tomando em consideração essas possibilidades científicas para resolver o grave problema da composição racial brasileira, parte dos intelectuais, sobretudo os médicos, aderem à causa eugênica. Isto ocorreu sobretudo na Psiquiatria, onde a Eugenia teve uma aceitação ainda mais ampla, pelo fascínio que causou de suas possibilidades preventivas e reparadoras.

Pela constatação da importância do psiquismo na vida individual e social moderna e no cenário de inquietação sobre o futuro racial brasileiro, os psiquiatras se atribuem a tarefa de regenerar a nacionalidade, evitar a degeneração física e mental da população por meio da Higiene Mental e de medidas preventivas de caráter eugênico.

Em 1923, psiquiatras, educadores, juristas, intelectuais, empresários e outros interessados fundam a LBHM, instituição exclusivamente voltada para a “divulgação e propagação das noções exatas da eugenia mental, num plano uniforme de defesa da mentalidade da raça.” (REIS, 2000) ⁵.

A criação da LBHM significou o auge da penetração nos domínios da Psiquiatria brasileira dos ideais da eugenia e do saneamento preventivo da população, nos termos de um movimento pró-higiene mental. A Liga, com este intuito, ofereceu serviços em diversos campos: laboratórios de psicologia aplicada, ambulatórios de psiquiatria, consultórios de psicanálise, aplicou testes psicológicos nas escolas e fábricas, organizou semanas antialcoólicas, criou clínica de atendimento à criança, procurou intervir na política

⁵ Outros motivos para a criação da Liga foram a recém promulgada abolição dos escravos, que fez com esses passassem a transitar livremente pelas cidades e pelo campo e a vinda dos imigrantes estrangeiros para o trabalho nas lavouras, em substituição ao trabalho escravo, que aumentava a possibilidade da miscigenação no país.

imigratória, apresentou programas de seleção e orientação profissional, propôs medidas de esterilização e de controle pré-nupcial (REIS, 2000).

Em seus pressupostos teóricos e ideológicos a LBHM entendia que o doente mental era o sujeito da raça. Ou seja, acreditava que existia uma natureza humana, uma essência do sujeito, que poderia ser apreendida pelo entendimento das leis da hereditariedade e da noção de degeneração. Sendo encontrada essa essência do homem, tornava-se fácil, ao menos teoricamente, prevenir a reprodução ou propagação de seus caracteres psicossociais indesejáveis.

Por esses pressupostos justificava-se a castração, controle de imigração, casamento eugênicos, exames pré-nupciais eugênicos e as outras estratégias da Liga, devido ao entendimento da essência biológica do sujeito e da existência de raças inferiores. Deste modo, possibilitaria-se a prevenção dos transtornos mentais e a construção de uma nação “pura”, mais civilizada e desenvolvida (COSTA, 1989).

Retomando o impasse que a Psiquiatria passou a ter no mundo, a respeito da explicação da complexidade do psiquismo e da prevenção dos transtornos mentais, principalmente no início do século XX, fez com ela incorporasse e recorresse a outros campos de conhecimento para poder enfrentar aquela situação, como ocorreu no Brasil com a incorporação pela Psiquiatria de ideais eugênicos da LBHM.

Em síntese, o conceito de prevenção, orientador da psiquiatria higienista brasileira a partir da década de 1920 em nosso país, contribuiu para consolidação de um projeto de normalização da sociedade. Isto porque visava a atender às exigências do processo de industrialização que iniciava seu desenvolvimento no Brasil, ou seja, o discurso higienista colaborou no equacionamento técnico dos conflitos sociais.

Na medida em que tornou a sociedade tornou-ser complexa, o conceito de prevenção evoluiu. Dessa maneira, a partir do final da 2^a Guerra, principalmente na Inglaterra, França e Estados Unidos da América (EUA), mas também em outras partes do mundo inclusive em países não ligados diretamente ao conflito, iniciaram-se fortes críticas aos hospitais psiquiátricos. Alegavam que os mesmos não estavam conseguindo cumprir sua função de recuperação dos pacientes. As causas eram desde a superlotação, poucos funcionários e a falência das propostas de tratamento existentes, até a própria ausência de qualquer proposta terapêutica. Somava-se a isto a necessidade de se recuperar um grande número de homens jovens que tiveram danos psicológicos com a Guerra e a falta de mão de obra para o trabalho.

Não obstante, surgiram experiências socioterápicas no tratamento de transtornos mentais, que objetivam reverter este quadro. Entre elas a Comunidade Terapêutica na

Inglaterra, a Psicoterapia Institucional e Psiquiatria de Setor na França e a Psiquiatria Preventiva Comunitária nos EUA. Estas duas últimas acabaram por levar a Psiquiatria à construção de um novo objeto - a Saúde Mental e não apenas a doença mental (AMARANTE, 1998).

Nos EUA, a Psiquiatria passou a buscar nos conhecimentos do Behaviorismo (Psicologia Comportamental) e da Psicossociologia, subsídios que pudessem colaborar na compreensão do psiquismo psiquiátrico. Deste modo, conceitos de campos considerados científicos foram utilizados pela Psiquiatria americana para compreender o psiquismo e recuperar seu status de ciência experimental e racional. A doença mental passou a ser considerada como “[...] sinônimo de virtualidade cultural; psiquismo, de behavior, e sintoma patológico, de desajustamento sociológico”. (COSTA, 1989, p. 27).

No entanto, existiam diferenças significativas nos conceitos da Sociologia, do Behaviorismo e da Psiquiatria norte-americana sobre a concepção de doença mental e, conseqüentemente, das formas de tratamento.

A Psiquiatria Preventiva-Comunitária procurou sanar essas diferenças. Uma das soluções foi a elaboração do conceito de saúde mental, em que o indivíduo é considerado uma unidade biopsicossocial. Nem biológico, nem psicológico, nem sociológico, mas com uma clara dominância e valorização dos aspectos biológicos como esteio para a ampliação do valor da Psiquiatria e das práticas médicas, conforme os conceitos da Medicina Preventiva de Leavell e Clarck, já citados.

O conceito de prevenção que passou a ser adotado pela Psiquiatria norte-americana foi de forte inspiração sociológica funcionalista e positivista. Para Costa (1989), foi tomado de empréstimo o critério adaptação-desadaptação como crivo para o comportamento normal e patológico.

A partir do final da década de 1950, a Psiquiatria Preventiva-Comunitária, apoiada na noção de comportamento social divergente, afirma que o comportamento social inadaptado era igual ao comportamento eventualmente inadaptado do doente mental. Para a Sociologia a prevenção é possível, em algumas de suas vertentes, pois trabalham com uma diferenciação teórica entre sintoma e causa. O conflito social é entendido como causa e o comportamento desadaptado como resultado, sendo a ação preventiva possível de ser instalada neste “entre” causa e resultado.

No entanto, para o Behaviorismo a idéia de prevenção não é pertinente, pois para essa corrente psicológica só existe doença mental quando aparece o comportamento desadaptado, não existindo diferença entre etiologia e sintoma. Como almeja a extinção do comportamento

desadaptado, não tem importância sua causa, mas sim sua descrição e modificação, pois para o Behaviorismo atuar sobre o comportamento a ser modificado é curá-lo e não preveni-lo (COSTA, 1989).

A Psiquiatria Preventiva passou então a unir, por meio do conceito de unidade biopsicossocial, estas visões discordantes sobre a prevenção da Sociologia e do Behaviorismo, com o intuito de dar crédito à sua prática e discurso preventivista, simplesmente ignorando a existência destas contradições conceituais. Para tanto, foram criados programas e estratégias de prevenção com o objetivo de combater as causas dos comportamentos sociais inadaptados, principalmente nos EUA.

O contexto social norte-americano na década de 1960 era de grande turbulência social, política e econômica: Guerra do Vietnã, aumento do uso de drogas, gangues e o movimento Betnik. Além disso, um censo realizado no país, em 1955, denuncia as precárias condições da assistência psiquiátrica hospitalar, sendo necessárias medidas urgentes para alterar esta situação.

Os marcos mais importantes do nascimento da Psiquiatria Preventiva nos EUA são: a mensagem do Presidente Kennedy enviada ao Congresso em fevereiro de 1963 sobre Saúde Mental e Retardamento Mental, no qual propunha um novo modelo de atenção à Saúde Mental, e a publicação do livro *Princípios de Psiquiatria Preventiva* de Gerald Caplan, em 1964 (AMARANTE, 1998).

A mensagem do Presidente Kennedy foi, segundo Caplan,

[...] o primeiro pronunciamento oficial sobre esse tópico por um chefe de Governo nos Estados Unidos ou em qualquer outro país – assim como o seu conteúdo, enfatizam que, doravante, a prevenção, tratamento e reabilitação dos enfermos mentais e dos retardados mentais devem ser considerados responsabilidades **comunitária**, e não um problema privado a ser enfrentado por indivíduos e suas famílias em consulta com seus conselheiros médicos (CAPLAN, 1980, p.17, grifo do autor).

Dessa forma, a Psiquiatria Preventiva-Comunitária, que do ponto de vista teórico tem grande influência da Medicina Preventiva e se apresentava, naquela época, como crítica e proposta alternativa as práticas manicomiais existentes na atenção ao sofrimento psíquico.

Caplan (1980) coloca o transtorno psíquico neste processo de doença, que pode ser prevenido se forem detectados com antecedência os pequenos desvios ou se forem atenuadas as situações sociais que porventura possam levar ao surgimento destes quadros, fatores que na época nos EUA estavam ocorrendo em abundância.

A Psiquiatria Preventiva Comunitária é a tentativa de transpor para o campo da Saúde Mental um conceito de prevenção de doença do biológico. É possível evitar uma gripe se não houver contato com o vírus que a provoca, mas será que poderemos identificar todas as prováveis causas de um sofrimento psíquico, e se isto for possível, evitar que estas causas afetem o indivíduo?

Para a Psiquiatria Preventiva parece que a resposta é sim. Tal concepção se tornou possível graças a uma simplificação conceitual que elegeu um dos fatores, o dos conflitos sociais, como causa dos transtornos psíquicos. A Psiquiatria Preventiva partiu do pressuposto que as relações sociais saudáveis são harmônicas.

De acordo com Lancetti (1989), Caplan afirma que a luta de classes e a luta das minorias seriam formas de desequilíbrio psíquico. Dessa forma, indivíduos com dificuldades de integração social teriam grande chance de desenvolver transtornos psíquicos, tornando necessária a intervenção psiquiátrica nessas pessoas para que novamente se adaptem à sociedade.

Atuando dessa maneira no indivíduo e do ponto de vista coletivo, a Psiquiatria passou a operar nas comunidades com intuito de aplacar os conflitos sociais, baseado no conceito de promoção de Saúde Mental. Nesse sentido, a promoção de saúde mental se traduziu na forma de intervenção nos grupos sociais por meio da participação dos profissionais de saúde, inclusive de psicólogos e de membros da própria comunidade.

Ainda para Lancetti (1989), esta atuação visava à neutralização do conceito de classe social, a despolitização dos movimentos comunitários e o incremento da dependência do Estado, da Medicina e da Psiquiatria. Tratava-se de ampliar o campo da Psiquiatria ao estender sua ação não somente para o tratamento dos transtornos psíquicos, mas, sobretudo, para sua prevenção no seio das práticas comunitárias.

A Psiquiatria Preventiva Comunitária teve um grande desenvolvimento nos EUA, por esta parceria com o Estado no controle dos conflitos sociais; por aliar-se aos pressupostos da Medicina Preventiva no discurso da promoção da Saúde Mental e por ser encarada pela própria Psiquiatria como possibilidade de alternativa ao modelo Manicomial hospitalocêntrico.

Convém evidenciar que as diretrizes comunitárias e preventivas da Medicina e da Psiquiatria foram disseminadas, principalmente, entre os países da América Latina por meio dos organismos internacionais como a OMS e a OPAS. Essa difusão resultou da influência das diretrizes da política externa norte-americana, que objetivavam a reestruturação da economia mundial no pós-guerra, a viabilização de reformas sociais e sanitárias e o

desenvolvimento social e econômico dos chamados países subdesenvolvidos (LUZIO, 2003).

Tais ações políticas dos EUA tinham também como meta a ampliação da influência econômica e política norte-americana no continente, além de servir como meio de aumentar expansão de sua hegemonia como superpotência global.

O processo de Reforma Psiquiátrica no Brasil teve, e ainda tem, uma grande influência do modelo da Psiquiatria Preventiva, sobretudo, a partir da década de 1960-1970. No final da década de 1980, outros modelos, principalmente da Psiquiatria Democrática italiana, tornam-se referência na definição de políticas públicas para a Saúde e Saúde Mental, conforme abordaremos a seguir.

A Criação do Curso de Psicologia no Brasil

A Psicologia como profissão no Brasil foi regulamentada pela Lei Federal nº. 4119 de 27 de agosto de 1962. Até então, segundo Pessotti (1988), Bock (1999) e Tozoni-Reis (2002) o que existia era a Psicologia como disciplina ministrada em cursos de formação de professores (magistério), práticas isoladas como aplicação de testes de avaliação cognitiva em escolas, pesquisas e textos de acadêmicos dos cursos de Medicina e incorporação da Psicanálise no trabalho dos psiquiatras.

É interessante notar que nas primeiras décadas do século XX, nos mais importantes hospitais psiquiátricos (Hospício Nacional e o do Engenho de Dentro, ambos do Rio de Janeiro), graças ao interesse e utilização dos conceitos da Psicologia, por parte dos médicos da época, são criados laboratórios de pesquisas psicológicas.

Como consequência, a primeira proposta de curso de Psicologia no país é do ano de 1932, por meio do Decreto nº. 21.173 do Governo Provisório (BRASIL, 1932 apud ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ENSINO DE PSICOLOGIA, 2007). Tal decreto transformou o Laboratório de Psicologia da Colônia de Psicopatas do Engenho de Dentro, criado em 1923 por Nilton Campos e Wacław Radecki⁶, em Instituto de Psicologia bem como o tornou subordinado ao Ministério da Educação e Saúde e não mais ao Ministério da Justiça.

⁶ **Nilton Campos** (1898-1963) era médico psiquiatra formado pela Faculdade Nacional de Medicina em 1923. Foi o criador do Laboratório, convidando Radecki para Diretor e Organizador. O Laboratório tinha o objetivo de realizar pesquisas na área, usando os internos como sujeitos. **Wacław Radecki** (1887-1953) foi chefe do Laboratório de Psicologia Experimental da Universidade de Cracóvia - Polônia. No Brasil iniciou sua atuação no Laboratório da Colônia do Engenho de Dentro. (CONSELHO REGIONAL DE PSICOLOGIA - 6ª REGIÃO, 2007).

O referido Instituto tinha como objetivos: coordenar estudos e pesquisas de Psicologia em geral e aplicada; contribuir para os estudos de aplicação da Psicologia às áreas de Pedagogia e Medicina, e a racionalização do trabalho industrial; bem como, formar psicólogos por meio de curso específico para isto. De modo que é elaborada uma proposta curricular de quatro anos para tal curso com as seguintes etapas e disciplinas:

I. Psicologia Geral (aspectos da Biologia, Anatomia, Fisiologia, Física, Química, Propedêutica Filosófica e Lógica); II. Psicologia Diferencial e Coletiva (além de continuidade de temas das ciências biológicas e naturais, introdução das ciências sociais - Antropologia, Sociologia, Economia Política, História da Filosofia, Teoria do Conhecimento, Teoria das Ciências Naturais); III. Psicologia Aplicada à Educação (Psicologia Aplicada e cursos monográficos de especialidades psicológicas e ciências afins - Psicologia da Criança, História da Psicologia, Ética e Estética). (BRASIL, 1932 apud ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ENSINO DE PSICOLOGIA, 2007).

Contudo, o curso não chega a ser efetivado, pois após sete meses de sua criação o Instituto de Psicologia é extinto. Três foram as possíveis causas de seu fechamento: falta de recursos orçamentários, pressão de grupos médicos e de grupos católicos (CENTOFANI, 1982 apud ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ENSINO DE PSICOLOGIA, 2007).

As práticas psicológicas e o número de pessoas que se dedicam a elas se transformam no país a partir da década de 1950, como consequência do aumento da industrialização, graças ao final da Segunda Guerra, e aos incentivos governamentais que além de uma acelerada urbanização modificaram as estruturas sociais e econômicas do país.

Nesse contexto, o aumento da população nas cidades passou a exigir práticas sociais que contribuíssem na reorganização do processo de produção econômica e de auxílio nas ações de controle social.

As técnicas psicológicas - testes psicológicos e entrevistas - passaram a ser utilizadas nas avaliações de problemas e desajustes de aprendizagem das crianças e em seleção e treinamento de pessoal, pois possibilitavam a classificação das pessoas segundo suas características de inteligência e personalidade. Foram utilizados, deste modo, na Psicologia Industrial e Escolar como um eficaz instrumento de intervenção nas relações sociais (TOZONI-REIS, 2002). Naquele contexto inicia-se, em 1958, o Curso de Psicologia da Universidade de São Paulo (USP).

As alterações sociais, a criação do curso de USP e a existência de vários grupos de profissionais que atuavam na área da Psicologia, pressionaram para a regulamentação da profissão de psicólogo e o Ministério da Educação e Cultura (MEC) encaminhou para o

Congresso Nacional, em 1958, Projeto de Lei para regulamentação da profissão de psicólogo, aprovado em 1962 (BRASIL, 1962b).

Logo após, por meio do parecer 403/62 do Conselho Federal de Educação (CFE) fixou-se um Currículo Mínimo, composto por disciplinas obrigatórias, duração do curso, obrigatoriedade do estágio supervisionado e sua carga horária (BRASIL, 1962a).

A partir desta regulamentação, o trabalho do psicólogo passou a ser nas áreas escolar, industrial, magistério e principalmente na atuação clínica em consultórios e clínicas particulares. A área clínica foi a que mais se destacou desde o início, com o uso do psicodiagnóstico e do tratamento para problemas de ajustamento e emocionais. Esses tipos de problemas não eram abarcados pela Medicina, a qual se encarregava das doenças mentais por meio da Psiquiatria, sendo a internação psiquiátrica o principal tratamento disponível.

O Currículo Mínimo vigorou como orientador da estruturação dos cursos de Psicologia até 1996, quando a Lei de Diretrizes e Bases da Educação (LDB) - Lei 9394/96 extinguiu os currículos mínimos em todos os cursos de graduação (BRASIL, 1996).

Dessa maneira, os cursos de psicologia permaneceram sem nenhuma nova orientação até que em fevereiro de 2004, o Conselho Nacional de Educação (CNE) aprovou as Diretrizes Curriculares para a Psicologia, conforme será analisado posteriormente neste trabalho.

O Currículo Mínimo de 1962 lançou as bases do projeto pedagógico para a formação do psicólogo, no qual já ficava claro o papel da Psicologia como “profissão liberal” e as funções deste profissional, que seriam segundo a Lei 4.119 “[...] a utilização de métodos e técnicas psicológicas com os seguintes objetivos: a) diagnóstico psicológico; b) orientação e seleção profissional; c) orientação psicopedagógica; d) solução de problemas de ajustamento” (BRASIL, 1962b).

Também as disciplinas do Currículo Mínimo (Fisiologia, Estatística, Psicologia Geral e Experimental, Psicologia de Desenvolvimento, Psicologia da Personalidade, Psicologia Social, Psicopatologia Geral, Ética Profissional, Psicologia do Excepcional, Dinâmica de Grupo e Relações Humanas, Pedagogia Terapêutica, Psicologia Escolar e Problemas de Aprendizagem, Teóricas e Técnicas Psicoterápicas, Seleção e Orientação Profissional e Psicologia da Indústria) e a justificativa de seu papel na formação, apontam claramente para a criação de um espaço “psi” dentro da sociedade e de um profissional apto a tratar os problemas de ajustamento, tendo como objeto as individualidades.

Dessa forma, ele marca o caráter de profissão liberal, ligada às questões da subjetividade individual, seja em consultórios ou outros setores de atuação, calcada no modelo médico-curativo. Sua estrutura era uma ampliação da proposta do projeto de curso de

Psicologia Colônia do Engenho de Dentro de 1932, citado anteriormente. Além de guardar muitas semelhanças com este primeiro projeto de curso, o Currículo Mínimo manteve o mesmo modelo médico-curativo da formação do psicólogo.

Desde os primeiros cursos de Psicologia no país, as questões referentes à saúde/doença mental aparecem relacionadas à disciplina de Psicopatologia e, portanto, esta disciplina foi sempre considerada como fundamental para a formação do psicólogo.

No Parecer de 1962, que criou o Currículo Mínimo, é justificada a presença desta disciplina no curso como aquela que: “[...] virá trazer para esses estudos uma nova dimensão, representada pelos distúrbios dos processos psicológicos e pelas dificuldades que se verificam no ajustamento” (BRASIL, 1962a). Como já citado, percebe-se que a Psicopatologia e as questões relacionadas à saúde/doença mental estavam ligadas a uma visão de ajustamento dos distúrbios mentais e emocionais.

Segundo Amorin (2003, p. 223), este Currículo Mínimo possuía “[...] forte ênfase positivista, objetivista e patologizante”. Para a autora, a Psicologia surge como profissão e segundo a formação que lhe é dada, sob influência marcante do modelo médico-centrado e baseado no referencial da História Natural da Doença, ou seja, para “diagnosticar” e “atender” o indivíduo, buscando resolver seus “problemas”.

Utilizava-se, assim, o paradigma doença-cura, centrada no indivíduo. Não aparecia ainda a influência do modelo da Psiquiatria Preventivo-comunitária, que permeará a formação deste profissional a partir da década de 1970.

II – A REFORMA PSIQUIÁTRICA, A SAÚDE PÚBLICA E A PSICOLOGIA

O Processo da Reforma Psiquiátrica no Brasil

Na década de 1970, ocorreram algumas experiências na assistência em Saúde Mental, como por exemplo, a realizada por Luiz Cerqueira no estado de São Paulo, inspirada no modelo da Psiquiatria Preventiva-Comunitária, citado anteriormente. Para Amarante (1998) tais experiências não representaram o início da Reforma Psiquiátrica por não questionarem o paradigma psiquiátrico hegemônico.

Neste mesmo período são criados o “Manual de Assistência Psiquiátrica” do Instituto Nacional de Previdência Social (INPS) em 1973, e o “Plano Integrado de Saúde Mental” – PISAM em 1977 pelo MS, ambos referenciados pelo modelo Preventivo-Comunitário (BRASIL, 1973). Esses planos e políticas eram resultados das críticas ao modelo hospitalocêntrico e preconizavam a participação da comunidade nos serviços e a ampliação da rede extra-hospitalar, como já citado anteriormente. Em vários estados são implantados planos e ações sob estes referenciais, destacando-se os estados de São Paulo e Rio Grande de Sul.

Dado o exposto, a Reforma Psiquiátrica no Brasil pode ser entendida como:

[...] um processo que surge mais concreta e, principalmente, a partir da conjuntura da redemocratização, em fins da década de 70. Tem como fundamentos não apenas uma crítica conjuntural ao subsistema nacional de saúde mental, mas também - e principalmente - uma crítica estrutural ao saber e às instituições psiquiátricas clássicas, dentro de toda a movimentação político-social que caracteriza a conjuntura de redemocratização (AMARANTE, 1998, p. 87).

Para este autor, podemos destacar três momentos na trajetória da Reforma Psiquiátrica Brasileira, de maneira sucinta.

Um primeiro momento, denominado de trajetória alternativa, decorre da conjuntura dos últimos anos do regime militar, quando se tem o fim do "milagre econômico" e um processo de distensão-abertura democrática. O afrouxamento da censura faz emergir insatisfações e aumentar a participação política dos cidadãos que passam a questionar a estrutura e organização do poder, as políticas sociais e econômicas e as condições de vida e trabalho. Ressurgem movimentos sociais e partidos políticos e um clamor ao governo de melhoria das condições de vida de toda a população.

O movimento da Reforma Sanitária e da Reforma Psiquiátrica foram consequências das críticas acima e, igualmente, da ânsia de reformas no campo das políticas de saúde e foram caracterizados pela formulação de um pensamento crítico nesta área.

Ambos os movimentos citados acima, por estas características, se integraram à grande movimentação da oposição ao Regime Militar de 1964 (YASUI, 2006). O movimento da Reforma Sanitária teve sua origem na criação dos primeiros departamentos de Medicina Social nas universidades brasileiras no final da década de 1950, desenvolvendo propostas da Medicina Preventiva-Comunitária como já abordamos no capítulo anterior.

A partir de 1976, são criados o Movimento de Renovação Médica (REME) e o Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (CEBES). No campo da Saúde Mental, em 1978, dentro destes dois movimentos, surgiu o mais importante ator deste processo: o Movimento de Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM), que tinha como característica a multiplicidade e a pluralidade, reunindo participantes de várias categorias profissionais e não somente da Saúde, e das instituições, entidades e movimentos com os quais atuava conjuntamente.

O MTSM foi o primeiro movimento da área da Saúde Mental com a participação da população (AMARANTE, 1998), que em conjunto com o REME e o CEBES, objetivavam discutir e organizar a política no setor da saúde e as práticas das categorias profissionais. Foram esses movimentos que, por assim dizer, criaram as bases e iniciaram o movimento da Reforma Sanitária e Psiquiátrica no Brasil.

Por conseguinte, especialmente o MTSM denunciou o sistema nacional de assistência psiquiátrica, repleto de corrupções, fraudes, violência e tortura, principalmente nos hospitais psiquiátricos, e o uso do mesmo pelo Regime Militar. Tal movimento criticou a cronificação produzida pelo manicômio, o uso do eletrochoque, reivindicou melhores condições de assistência à população e a humanização dos serviços de saúde.

Desse modo começa a surgir um pensamento crítico sobre a natureza e a função social das práticas médicas e psiquiátrico-psicológicas. Os trabalhos de Foucault, Goffman, Bastide, Castel, Basaglia e as experiências da Psiquiatria Democrática Italiana passam a ter mais importância no país, inclusive com a vinda destes para palestras e eventos, contribuindo para o fortalecimento da crítica quanto às práticas manicomiais e hospitalocêntricas da Psiquiatria brasileira daquela época.

Um segundo momento da Reforma Psiquiátrica brasileira, podemos considerar como uma trajetória sanitarista (AMARANTE, 1998). É Iniciada a partir de 1980, quando integrantes do movimento da Reforma Sanitária e da Reforma Psiquiátrica passam a ocupar os espaços públicos de poder e de tomada de decisão, como uma forma de produzir mudanças

nos campos da Saúde e Saúde Mental.

Se, por um lado, as lideranças buscam ocupar espaços de decisão, de outro, constitui-se como tática do Estado para absorver o pensamento e as lideranças críticas em seu interior, seja para alcançar legitimidade ou para reduzir os protestos e denúncias. Trata-se, de certo modo, de um momento de institucionalização do movimento da Reforma Psiquiátrica.

Naquele período, parte das críticas e reflexões do momento anterior cedeu lugar aos princípios de que a ciência médica e a administração podiam e deviam resolver os problemas coletivos. Dessa maneira, aumentaram a importância da administração, do gerenciamento e do planejamento em saúde e houve o entendimento de que ao se colocar em ordem os serviços, os recursos e as instituições, os problemas da assistência à Saúde se resolveriam.

No campo específico da Saúde Mental, conforme Tenório (2002), houve a racionalização, humanização e moralização dos hospitais psiquiátricos e a criação de ambulatorios como alternativa à internação. No entanto, essas mudanças surtiram pouco efeito na atenção dada à Saúde Mental, sobretudo quanto ao número de internações psiquiátricas e assistência prestada ao sofrimento psíquico.

O terceiro momento, Amarante (1998) denominou de desinstitucionalização. Seu início, após 1985, é marcado por eventos importantes como a 8ª Conferência Nacional de Saúde (1986), I Conferência Nacional de Saúde Mental (1987), o II Congresso Nacional dos Trabalhadores de Saúde Mental (1987) e a criação pelo Governo Federal do Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS) em 1987.

O SUDS propunha a universalidade, equidade, descentralização, regionalização, integração dos serviços, atendimento integral à Saúde, participação popular nas ações e nos serviços de saúde, tornando-se o precursor do Sistema Único de Saúde (SUS), criado em 1990, que causou inúmeros reflexos na área da Saúde Mental.

Esse período tem como ponto mais importante uma ruptura no processo de Reforma Psiquiátrica, até então restrito às transformações no campo técnico-assistencial, para uma dimensão mais global e complexa: "um processo que ocorre, a um só tempo e articuladamente nos campos técnico-científico, político-jurídico, teórico-conceitual e sociocultural" (AMARANTE, 1998, p. 76).

A I Conferência Nacional de Saúde Mental, realizada logo após a 8ª Conferência Nacional de Saúde, representa para a Saúde Mental:

[...] o fim da trajetória sanitarista, de transformar apenas o sistema de saúde, e o início de uma trajetória de desconstruir no cotidiano das instituições e da sociedade as formas arraigadas de lidar com a loucura. É a chamada desinstitucionalização. (TENÓRIO, 2002).

A partir de tais idéias é organizado, pelo MTSM, o II Congresso Nacional dos Trabalhadores de Saúde Mental na cidade de Bauru, interior de São Paulo, que teve como um dos motivos de sua realização a criação do primeiro Núcleo de Atenção Psicossocial (NAPS) do país, em 1987, naquela cidade.

O nascimento do NAPS foi consequência da política de saúde municipal de Bauru, bastante avançada para a época, influenciada e que influenciou o MTSM. Suas principais prioridades eram o atendimento em saúde e saúde mental nas unidades básicas; criação de serviços substitutivos à internação psiquiátrica (NAPS e internação de curta permanência em Hospital Geral) e fazer parcerias com universidades, visando à criação de uma rede de atendimento integrada que propiciasse novas formas de relação e atendimento do sofrimento psíquico, conforme relatam Kinoshita e Zonta (1989).

Tal processo também teve grande influência sobre as transformações que ocorreram na rede de assistência à Saúde Mental em Santos, litoral de São Paulo, com a ida de várias lideranças deste movimento para aquela cidade.

Com estas influências, da política de saúde de Bauru naquela época e das advindas do próprio MTSM, o Congresso de Bauru, que contou com a participação de trabalhadores, usuários e familiares além de outros setores da sociedade, criou o lema "Por uma sociedade sem Manicômios". Foi estabelecida uma nova proposta de ação para a Saúde Mental - não apenas no tocante às macro-reformas, mas apontando uma preocupação para com o ato de saúde, que envolve profissional e cliente, não apenas alterações nas instituições psiquiátricas, mas na cultura, no cotidiano e nas mentalidades.

A partir de então, passaram a ser incorporados novos aliados neste processo, principalmente os usuários dos serviços e seus familiares e outras organizações sociais. Foi criado neste Congresso o Movimento da Luta Antimanicomial e instituído o dia 18 de maio como o Dia Nacional da Luta Antimanicomial, visando articular em torno desta causa, mais esferas da sociedade.

Em virtude de tais reflexões, a questão das estratégias de cuidado ganhou outra abordagem. Não se tratava mais de aperfeiçoar ou melhorar as estruturas existentes (ambulatórios e hospitais psiquiátricos), mas de inventar novos dispositivos e novas tecnologias de cuidado, exigindo assim uma rediscussão da clínica psiquiátrica em suas bases.

O objetivo maior passou a ser o de substituir uma Saúde Mental centrada no hospital por outra, sustentada em dispositivos diversificados, abertos e de natureza comunitária e territorial. Esse momento foi marcado por intensos debates e pela criação de serviços que se propunham a serem substitutivos à internação psiquiátrica, os quais se utilizam de outras estratégias e entendimentos do sofrimento psíquico, entre eles os CAPS e os outros NAPS.

O primeiro CAPS criado no Brasil foi o “Professor Luís da Rocha Cerqueira”, em março de 1987, na cidade de São Paulo, a partir da utilização do espaço da então extinta Divisão de Ambulatório da Secretaria Estadual de Saúde de São Paulo. O CAPS foi inscrito no sistema hierarquizado, regionalizado e integrado de ações de saúde já instituído, como uma estrutura intermediária entre o hospital e a comunidade, destinado ao atendimento dos usuários considerados psicóticos e neuróticos graves, de 2ª à 6ª feiras, das 8 às 17 horas. Como tal, o CAPS propunha-se a atuar como uma estrutura de passagem, na qual os usuários permaneceriam até apresentarem condições clínicas estáveis para continuar o tratamento definitivo em ambulatórios.

Outra experiência importante foi a criação do NAPS de Santos (SP) em 1989, decorrente da intervenção e fechamento pela Prefeitura Municipal do Hospital Psiquiátrico “Casa de Saúde Anchieta”. Os NAPSs atendiam integralmente a demanda de Saúde Mental de cada região, principalmente dos casos graves. Eles passaram a funcionar ininterruptamente, realizando ações de hospitalidade integral, diurna ou noturna; atendimentos às situações de crises; atendimento ambulatorial; atendimentos domiciliares; atendimentos grupais; intervenções comunitárias e ações de reabilitação psicossocial.

Na cidade de São Paulo, graças ao incentivo do governo municipal comprometido com o movimento da Reforma Psiquiátrica, foi implantado a partir de 1989 um programa de Saúde Mental baseado em duas premissas: a primeira, tratava o sofrimento psíquico como parte integrante e indissociável do sofrimento global dos indivíduos submetidos às desigualdades sociais e a segunda referia-se à importância da criação de uma política de Saúde Mental, que rompesse com o modelo hegemônico das internações psiquiátricas e práticas manicomiais (LUZIO, 2003).

Entre as principais estratégias desta política, temos a criação dos Centros de Convivência e a Cooperativas, que se propunham a combater a cultura manicomial e se tornar instrumentos efetivos de integração de seus usuários, familiares e a sociedade.

Na década de 1990, a trajetória de desinstitucionalização da Reforma Psiquiátrica continuou, somada ao fortalecimento do SUS por várias normas e regulamentações, que resultou na descentralização das ações da saúde e o avanço da municipalização. Os reflexos

na Saúde Mental foram que:

[...] os municípios assumem a assistência em Saúde Mental, exigindo que os governos, federal e estadual, não apenas cumpram suas atribuições como partícipes do processo, mas também construam instrumentos técnico-operacionais que permitam aos municípios implantar e implementar seus serviços de Saúde Mental. (LUZIO, 2003, p. 60).

Tal processo levou a uma maior responsabilização dos municípios na condução da política e ações na área da Saúde Mental e a possibilidade da criação de espaços que correspondam às necessidades e características de cada cidade.

Neste terceiro momento da Reforma Psiquiátrica no Brasil, ainda em curso, alguns autores (COSTA-ROSA; LUZIO; YASUI, 2003; AMARANTE, 2003) tem procurado conceituar o novo modelo de Atenção Psicossocial. Pois se pretende que a **Atenção Psicossocial** possa ser a diretriz político-ideológica e teórico-técnica para o campo da Saúde Mental, de modo a construir um outro paradigma para a mesma, capaz de superar o **Modo Asilar**.

No presente trabalho, conceituamos o Modo Asilar, conforme Costa-Rosa (2000), como aquele que possui o entendimento da determinação orgânica da doença mental, cujo tratamento utiliza como meio fundamental a medicação, não havendo consideração do sujeito e sua subjetividade. Para o referido modelo, quem está doente é o organismo não sendo necessária a participação do sujeito no tratamento. Seus meios de trabalho são médico-centrados, dentro da lógica da hierarquização, especialização e fragmentação e seu equipamento de atenção típico continua sendo o hospital psiquiátrico.

O Modo Asilar, na relação que tece com sua clientela e com a população em geral, pode ser descrito em termos do espaço de relação entre loucos e sãos ou doentes e sãos. Para a população em geral, as instituições de tratamento são os locais destinados a serem depositários da doença mental, seja para os loucos serem tratados e devolvidos à sociedade ou para lá ficarem alienados do convívio social. Os serviços de saúde mental funcionam como espaços depositários de tutela e como supridores das carências de sua clientela. Esta forma de atenção ao sofrimento tem como resultado a cronificação dos usuários, a dependência da medicação e do serviço, o afastamento e a exclusão social.

Conforme Costa-Rosa (2000), a Atenção Psicossocial tem a capacidade de ser sintônica com o respeito à subjetividade e singularidade do portador de sofrimento mental, que pode ser designado como resultante do processo de Reforma Psiquiátrica brasileira e apreendido como um processo de transformações no paradigma psiquiátrico

asilar/manicomial. Pode ser compreendida como um processo social complexo, que se desenvolve no bojo do processo de transição paradigmático da ciência na modernidade e supõe a articulação de mudanças em várias dimensões simultâneas e inter-relacionadas, referentes aos campos: epistemológico, técnico-assistencial, jurídico-político e sociocultural (ROTELLI, 1990; AMARANTE, 1996, 2003).

A Atenção Psicossocial, de acordo com Costa-Rosa, Luzio, Yasui (2003), é tributária de aportes vindos de diferentes experiências históricas, sobretudo da Psiquiatria de Setor e Comunitária, da Antipsiquiatria, da Psicoterapia Institucional e da Psiquiatria Democrática Italiana, além das contribuições das políticas públicas e das experiências locais dos CAPS e NAPS.

Além disso, segundo estes autores, a Atenção Psicossocial foi inspirada nos pressupostos teóricos do Materialismo Histórico, da Psicanálise e da Filosofia da Diferença. Portanto, na Atenção Psicossocial busca-se romper com a concepção de doença/cura de modo a colocar entre parênteses a doença mental (o diagnóstico e todo aparato de tratamento do modelo psiquiátrico). Por isto, o profissional deve entrar em contato e conhecer o sujeito em sua experiência-sofrimento e a finalidade das ações de cuidado, realizadas nos serviços de saúde mental, é possibilitar o reposicionamento do sujeito no mundo, considerando-se sua dimensão subjetiva e sociocultural.

Tal concepção implica o acolhimento da demanda e não somente o tratamento dos sintomas, por meio de uma clínica da escuta do sujeito e da criação de sentido, visando o reposicionamento do mesmo. Uma reestruturação do sujeito que vai desde a recuperação dos direitos de cidadania, passando pelo aumento de seu poder de contratualidade social, até chegar à implicação subjetiva, para capacitá-lo a situar-se de modo ativo frente aos conflitos e contradições que atravessa e pelos quais é atravessado (COSTA-ROSA; LUZIO; YASUI, 2003).

Para tanto, de acordo com estes autores, se faz necessário uma rede de atendimento e de um conjunto de trabalhadores atuando sob uma configuração transdisciplinar e de uma clínica ampliada, que fará com que os serviços de atendimento necessitem sofrer mudanças em sua organização institucional. Entre elas, destacam-se a participação efetiva dos usuários e da população na gestão de tais serviços e a superação da divisão do trabalho e do especialismo da equipe de trabalhadores.

Além do mais, a Atenção Psicossocial aponta como fundamental à mudança de concepção do sofrimento psíquico, a existência de ações e estratégias que visem o questionamento da concepção, de ações culturais e políticas no imaginário social, qual seja,

da loucura como da ordem da desqualificação, da exclusão, do temor e do infantilismo (YASUI, 2006).

Portanto, a Atenção Psicossocial aspira a uma transformação radical do saber e das práticas psiquiátricas e afins, configurando-se numa aceitação do sujeito como sujeito e não como objeto da intervenção. Cabe destacar, que essa assistência é um:

[...] campo capaz de congrega e nomear todo o conjunto das práticas substitutivas ao Modo Asilar, conservando ao mesmo tempo a abertura necessária para a inclusão das inovações que ainda estão se processando em termos de reabilitação psicossocial e para outras que certamente virão (COSTA-ROSA; LUZIO; YASUI, 2003, p. 34).

A Atenção Psicossocial ganhou força com as experiências bem sucedidas em vários locais e com a inclusão do seu modelo nas diretrizes, normas e leis na assistência à Saúde Mental, culminando com a Lei Federal nº. 10.216 de 6 de abril de 2001 (BRASIL, 2004b).

Essa lei se constituiu em uma diretriz técnica-política para o país, com objetivo de garantir significativas alterações quando da criação de serviços substitutivos, da diminuição de leitos psiquiátricos e da criação de estratégias para pessoas que sofreram longas internações nos hospitais psiquiátricos.

No final da década de 1990 houve um aumento do número de serviços substitutivos à internação psiquiátrica (CAPS, NAPS, Enfermarias Psiquiátricas, Hospitais-Dia), tendo grande impulso com a aprovação da Portaria GM 336/2002 do MS (BRASIL, 2004b). Essa portaria definiu os CAPS como serviços ambulatoriais de atenção diária, para o atendimento de usuários com transtornos mentais severos e persistentes, dentro de sua área territorial e em regime de atendimento intensivo, semi-intensivo e não intensivo, além de remunerar de forma diferenciada os procedimentos realizados por esses serviços.

Outra atribuição conferida aos CAPS nesta Portaria foi o papel estratégico na mudança do modelo assistencial na Saúde Mental, devendo ocupar o centro da rede de atendimento em saúde mental da localidade onde está inserido e realizar a articulação entre os diversos serviços, no tocante a atenção à Saúde Mental.

A ampliação da rede de atendimentos substitutivos à internação tem resultado numa expressiva diminuição do número de leitos nos hospitais psiquiátricos. Mas, por outro lado, igualmente no início da década de 2000, ocorreu um processo de humanização e melhor qualificação das internações psiquiátricas, nos fazendo supor que o MS tentava contemplar os interesses contraditórios da criação dos serviços substitutivos e da melhoria do atendimento nos hospitais psiquiátricos e assim promover a continuidade de sua existência.

Tais fatos ocorrem a partir da Portaria nº. 251/GM de 2002 e da Portaria nº. 77 de 2002 (BRASIL, 2004b), que iniciaram um processo sistemático de avaliação e reclassificação dos hospitais psiquiátricos conveniados ao SUS – o Programa Nacional de Avaliação do Sistema Hospitalar/Psiquiatria (PNASH/Psiquiatria). A avaliação mencionada objetivou:

[...] melhorar a qualidade do tratamento aos usuários internados de modo a viabilizar maior remuneração para os hospitais que prestam melhores serviços. [...] O processo de reclassificação dos hospitais psiquiátricos contemplou mais a sua humanização, não acenando, no entanto, no curto e médio prazo, com possibilidades reais de diminuir de fato os leitos existentes. Ele prevê apenas o aumento da remuneração das diárias dos serviços que alcançarem melhor pontuação no PNASH e possuírem menos leitos. Com o cumprimento da Portaria 251/GM/2002, provavelmente continuará sendo lenta a diminuição dos leitos psiquiátricos no país. (LUZIO, 2003, p. 73-74).

Colaborando para a diminuição no número de leitos, a Lei 10.216 possibilitou a criação de programas específicos para a inserção social de pessoas que sofreram longas internações em hospitais psiquiátricos. Como o “De Volta Para Casa”, criado pelo MS em 2003 (Lei 10. 708 e Portaria 2077/GM), que prevê o retorno destes indivíduos ao convívio familiar, o pagamento mensal do auxílio-reabilitação psicossocial e o acompanhamento dos mesmos pelos CAPS e Oficinas Terapêuticas, para a efetivação deste processo de desospitalização.

Além disso, foi criado o programa de Residências Terapêuticas para as pessoas que igualmente tiveram longas internações psiquiátricas, mas que não têm a possibilidade de voltar a conviver com suas famílias. Tais residências são casas alugadas com recursos do MS repassados aos municípios, nas quais estes egressos passaram a residir sob os cuidados e o acompanhamento constante deste processo por meio dos serviços de saúde municipais, bem como com a utilização das estratégias de inserção social necessárias para a retomada do convívio social dos mesmos.

Apesar de todos esses esforços, o objetivo de uma “Sociedade sem Manicômios” parece ainda estar longe de ser realizado plenamente. Mas é evidente que o avanço da municipalização das ações de saúde no período apresentado, e a vinculação cada vez maior da Reforma Psiquiátrica à consolidação do SUS, trouxeram reflexos bastante positivos. Entre os quais, a descentralização do gerenciamento das ações de assistência, da administração dos recursos financeiros e técnicos da Saúde, que cada vez mais passam a ser de responsabilidade dos estados e principalmente dos municípios. O que possibilitou uma maior participação

social, tanto no gerenciamento, na negociação de metas e na fiscalização destas ações como na consolidação da Reforma Psiquiátrica.

Psicologia na Saúde e Saúde Mental

De acordo com Dimenstein (1998), até o final da década de 1970 a atuação dos psicólogos na Saúde Pública era quase inexistente. A maioria dos profissionais atuava em consultórios particulares, junto de uma forte difusão da cultura psicanalítica e de outras abordagens que colaboraram para o processo de individualização e psicologização do sofrimento psíquico.

A inserção e atuação de psicólogos no campo das políticas públicas de Saúde e de Saúde Mental ocorreram de forma mais acentuada somente no final dos anos de 1970, no ápice da expansão do modelo médico-assistencial privatista na Saúde Mental, em que os hospitais psiquiátricos privados passaram a ter o Estado, por intermédio do INPS, como seu maior financiador.

Segundo a autora, citada acima, foram quatro as principais causas da convergência dos psicólogos para essas áreas. A primeira refere-se ao contexto das políticas públicas de Saúde da época, sobretudo no tocante à política de recursos humanos. O processo de redemocratização do país e a emergência dos movimentos sociais, principalmente do MTSM, provocaram questionamentos acerca da qualidade da assistência em Saúde Mental oferecida à população e das condições de trabalho existentes, centradas numa prática médico-curativa, individual e hospitalocêntrica. Dessa forma, as propostas para o setor estavam orientadas no trabalho em equipe multiprofissional, na ampliação dos serviços extra-hospitalares e no desenvolvimento de ações preventivas junto à comunidade.

Aqui percebemos uma clara influência dos princípios da Psiquiatria Preventiva, em especial na Psicologia, uma vez que a mesma foi instigada a colaborar no atendimento e na prevenção dos transtornos mentais. É neste contexto que se abre espaço para a absorção de um número significativo de psicólogos nas equipes de saúde e saúde mental, tanto em hospitais psiquiátricos, ambulatorios, centros e postos de saúde que passam a surgir a partir daquele momento.

Nessa perspectiva, no final da década de 1990, o psicólogo foi a categoria profissional que teve mais contratações junto às instituições públicas de saúde. Sendo que, no período de 1976 a 1984, a taxa de crescimento dos empregos neste setor para estes profissionais foi de

21,47%, quase a mesma taxa de crescimento dos empregos para os médicos-sanitaristas (MACHADO, 1992 apud DIMENSTEIN, 1998).

A segunda razão, para Dimenstein (1998), foi a crise econômica e social que se abateu sobre o Brasil a partir de 1980, com a conseqüente retração do mercado de trabalho em consultórios particulares. Outro fator foi o número cada vez maior de psicólogos formados, devido à expansão ilimitada de novos cursos de Psicologia e o aumento da demanda, provocada pelos mesmos. O que se estabelece é um grave desequilíbrio entre o número de profissionais formados e o mercado de trabalho disponível, especialmente na área da Psicologia Clínica, em consultórios particulares. Assim as possibilidades de trabalho para o psicólogo na Saúde Pública tornaram-se atrativas, tanto para os recém-formados quanto para os profissionais que já possuíam algum tempo de profissão.

De acordo com Luzio (1989; 1995), a atuação do psicólogo no setor da Saúde Pública e da Saúde Mental representava predominantemente: a ampliação do mercado de trabalho; a possibilidade de conciliar este emprego com a atividade de profissional liberal; aquisição de uma ampla experiência profissional em Psicologia capaz de contribuir no trabalho desenvolvido ou almejado no consultório, em especial em atendimento psicoterápico, tanto em termos de maior número de pacientes oriundos de diversas classes sociais, como de uma maior variedade de problemáticas com diferentes níveis de intensidade do sofrimento psíquico.

Ficava evidente, dessa forma, a visão ainda compartilhada atualmente, do emprego público como emprego vitalício, com carga horária reduzida (que permite exercer outras atividades) e a possibilidade de obter uma formação profissional (cursos, supervisões, entre outros) como psicoterapeuta. Muitos psicólogos recém-formados foram para área da Saúde Pública, por meio de concursos públicos ou contratações, por ser uma opção possível de trabalho ou para complementar a renda, dividindo seu campo de atuação entre a saúde e os consultórios. Portanto, as práticas desses profissionais seriam ainda orientadas pelo modelo médico-curtativo, por intermédio do atendimento centrado no indivíduo ou, no máximo, no seu grupo familiar.

Nesse contexto, a partir da década de 1980, como terceira causa (DIMENSTEIN, 1998) tem-se a busca por uma definição da função da Psicologia na sociedade, protagonizada pelos movimentos das entidades da categoria (Conselho Federal e Regionais de Psicologia e Sindicatos de Psicólogos). A participação das entidades de classe ocorreu em duas vertentes de ação. Uma delas voltou-se para a ampliação do mercado de trabalho, devido ao desequilíbrio entre a oferta e a procura de serviços de Psicologia, provocado pela crise

econômica brasileira e, conseqüentemente, o empobrecimento da classe média, grande consumidora dos serviços psicológicos.

Pode-se observar que as entidades profissionais, além de auxiliar no equacionamento do número de empregos disponíveis para os psicólogos, viriam a possibilitar a oportunidade de um aumento do prestígio e maior visibilidade de sua importância social. A respeito, esclarece Dimenstein:

Como conseqüência, veio uma inevitável desvalorização desses títulos, levando os profissionais a empregarem estratégias para escapar a essa desvalorização, assim como para obter de seus títulos o que era garantido numa época anterior dentro do mercado de trabalho. Aqui, é possível assinalar as pressões exercidas pelos sindicatos e conselhos regionais pela abertura de concursos públicos, pelo direito de ter mais de um emprego público na saúde, pela abertura de cursos de residência, pela obrigatoriedade de contratação de psicólogos pelas escolas e empresas, etc. (DIMENSTEIN, 1998, p. 68).

A outra vertente de ação de tais entidades foi o questionamento da função social da Psicologia como ciência e profissão, de modo a viabilizar seu maior compromisso com a realidade sócio-econômica do país, na perspectiva da defesa da cidadania e da qualidade de vida da população.

Finalmente, a quarta e última razão, citada pela autora, foi a difusão maciça da Psicanálise e a “psicologização” da sociedade, que se configurou como uma das maiores responsáveis para a produção de uma cultura psicológica, entre os anos de 1970 e 1980, no país. Sobretudo entre as classes média e alta, como uma tentativa de orientação deste público que estava sendo afetado pela modernização acelerada da sociedade brasileira e respondia aos anseios de busca da individualidade, da descoberta de si e libertação das repressões morais e sexuais.

Por conseguinte, tal difusão se traduziu, por um lado, numa maciça procura destas classes pelas psicoterapias, e por outro, no aumento de interessados por cursar Psicologia, vista como uma possibilidade de realizarem ideais de mudança, modernidade, igualdade e liberdade como já citado anteriormente. Ao longo desta época houve um culto da intimidade com ênfase na privatização e nuclearização da família, contrastando com os antigos valores da família hierárquica, da responsabilidade de cada um de seus membros e conduzindo a uma preocupação cada vez maior com a particularidade de cada um deles (COIMBRA, 1995).

Em síntese, na década de 1980 foram explicitadas as limitações da formação do psicólogo para atuar no campo da Saúde Mental e Saúde Pública. Portanto, intensificaram-se

os questionamentos acerca da finalidade da Psicologia, da necessidade de rever seu papel social e de contribuir para a solução dos graves problemas sociais do país, por intermédio da produção de novos conhecimentos e de novas práticas.

Esses novos conhecimentos e novas práticas deveriam ser capazes, por um lado, de superar, o modelo clínico-liberal, restrito à psicoterapia individual desenvolvidos em consultórios particulares, com objetivo apenas de reverter os sintomas e promover a adequação do indivíduo ao meio e do ego à realidade. E, de outro lado, garantir a construção de um outro modelo de cuidado em consonância com os pressupostos teórico-técnico e político-social da Atenção Psicossocial.

III - A FORMAÇÃO DO PSICÓLOGO PARA A SAÚDE MENTAL PÚBLICA

A Formação do Psicólogo, a Saúde Mental e as Diretrizes Curriculares

Neste capítulo analisaremos o processo histórico da constituição das Diretrizes para a Graduação em Psicologia, por meio das resoluções, pareceres, relatórios e documentos de entidades da área da Psicologia e dos órgãos do Ministério da Educação, os quais tiveram papel relevante no processo de composição do perfil pretendido deste profissional, de forma geral.

Para a análise específica da formação e do perfil do profissional de Psicologia para o campo da Saúde Mental, tomamos por base os seguintes aportes teóricos: da Atenção Psicossocial, em especial, o entendimento que esta tem da potencialidade de superação do Modo Asilar e da consolidação dos avanços da Reforma Psiquiátrica; as considerações de autores que realizaram pesquisas com esta temática; alguns aspectos formulados por Costa-Rosa (2000) e Costa-Rosa, Luzio e Yasui (2003), que objetivaram caracterizar de forma mais precisa a práxis da Atenção Psicossocial e das propostas das CNSM e da Oficina Nacional da ABEP - Psicologia e Saúde Pública/Coletiva, no que se referem às necessidades da formação do profissional para a área da Saúde Mental Pública.

Como vimos anteriormente, após a regulamentação da profissão de psicólogo, em 1962, houve uma grande expansão da área clínica em consultório particular, por meio da utilização dos testes psicológicos, que passaram a ser restritos da função de psicólogo. Tal expansão foi reflexo do modelo de formação contido no Currículo Mínimo vigente até 1996 e dos espaços sociais que a sociedade da época determinou para a profissão, permanecendo até hoje a atuação deste profissional concentrada na área Clínica, em consultórios particulares.

As pesquisas realizadas no país pelo Conselho Federal de Psicologia (CFP), em 1988 (CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA, 1988) e 2004⁷ (PSI - JORNAL DE PSICOLOGIA, 2004), e pelo Conselho Regional de Psicologia - 6ª Região (CRP-SP)⁸, em 1995 (CONSELHO REGIONAL DE PSICOLOGIA - 6ª. REGIÃO, 1995), confirmam a concentração do trabalho do psicólogo em consultórios.

No estudo realizado pelo CFP, em 1988, os dados encontrados por área de atuação

⁷ Realizada pelo IBOPE/MQI no período de 4 a 25 de março de 2004 com 2.000 psicólogos inscritos no CFP, escolhidos por meio de amostragem.

⁸ Realizado entre 3 de junho de 1994 e 31 de maio de 1995, abrangendo a área de atuação do CRP-SP: São Paulo, Mato Grosso e Mato Grosso do Sul. Teve caráter censitário e atingiu 92,3% dos 30.885 psicólogos inscritos na época naquela região.

foram:

- 60,9% dos psicólogos no Brasil atuavam na área Clínica (CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA, 1988).

O Recadastramento Geral dos Psicólogos realizado pelo CRP-SP, em 1995, sinalizou a mesma tendência. Foram colhidos os seguintes dados no Estado de São Paulo por área de atuação:

- 54,67% atuavam na área da Saúde.

No que se refere ao setor de atuação, observou-se:

- 41,15% em consultório particular.
- 4,63% em hospital.
- 3,47% em unidades básicas de saúde.
- 4,09% em ambulatório ou outro equipamento de saúde mental.
- 0,12% em pronto-socorro. (CONSELHO REGIONAL DE PSICOLOGIA - 6ª. REGIÃO, 1995, p. 61-62).

Na pesquisa realizada em 2004, pelo CFP, os dados encontrados sobre a principal área de atuação do psicólogo no Brasil foram:

- 55% dos psicólogos atuavam na área de atendimento clínico individual ou em grupo.

Sobre o local em que exerciam esta atividade principal:

- 41% em consultório particular.
- 12% em clínicas.
- 4% em hospitais.
- 3% em postos de saúde. (CONSELHO REGIONAL DE PSICOLOGIA DE SÃO PAULO - 6ª. REGIÃO, 2004, p. 10 e 11).

Uma outra pesquisa de 2006, resultante da parceria entre a Associação Brasileira de Ensino de Psicologia (ABEP), MS e OPAS e OMS (SPINK; BERNARDES; MENEGON, 2006), nos traz dados da inserção do psicólogo no campo da Saúde Pública:

- Do total de psicólogos (142.958), com inscrição ativa nos conselhos regionais de Psicologia do país, 10,08% (14.407) atuavam em serviços de Saúde Pública. Do total de

estabelecimentos de saúde pública do país (9.215), 6,55% contavam com o trabalho de psicólogos (SPINK; BERNARDES; MENEGON, 2006, p.13 e 16).

Estes dados apontam que a formação do psicólogo tem se mantido em sintonia com esta maior concentração do psicólogo na área Clínica, como afirma Bock (1997, p. 41):

A formação dos psicólogos tem sido dominada pela visão liberal de homem. Temos formado nossos psicólogos na perspectiva do individualismo, da naturalização do homem e do fenômeno psíquico. Temos priorizado a prática clínica nos consultórios particulares (nossas clínicas escola têm se constituído à imagem e semelhança destes consultórios e não a imagem e semelhança das instituições do serviço público).

Segundo Mello (1989), Silva (1992), Boarini (1996), Vasconcelos (1999), Amarin (2003) e Yasui (2006), o Currículo Mínimo e a formação do psicólogo, desde a criação da profissão, continuaram dentro dos mesmos moldes sem abarcar os temas relacionados à Saúde Pública, SUS, Saúde Mental, Reforma Psiquiátrica, Luta Antimanicomial e Atenção Psicossocial.

Mello (1989) comenta que em 1978 houve uma tentativa consistente de se alterar o Currículo Mínimo, com a participação de estudantes e profissionais. Pretendia-se que a alteração pudesse fazer com que o currículo abrangesse todas as áreas aplicadas da Psicologia. Não houve consenso e chegou-se a conclusão “[...] de que o currículo mínimo era péssimo, mas o que pretendia modificá-lo era pior ainda” (MELLO, 1989, p. 17). Como afirma ainda a autora, num estudo realizado em 1982, os currículos não preparavam os psicólogos para uma prática mais ampla, como por exemplo, na Saúde Pública.

Silva (1992) afirma que existe um mecanismo de retroalimentação na formação do psicólogo: a imagem social mais conhecida é a do psicólogo clínico. Os estudantes buscam o curso de Psicologia já na expectativa de realizar esta imagem e os cursos tendem a responder a esses anseios, fornecendo mais possibilidades de formação dentro deste modelo clínico. Assim, a imagem social do psicólogo clínico é constantemente alimentada, e se mantém como a mais conhecida pelos alunos e pela sociedade.

A autora aponta, do mesmo modo, que apesar dos campos para o exercício da profissão terem se expandido, as atividades exercidas pelo psicólogo em sua prática têm se mantidas restritas ao psicodiagnóstico e psicoterapia individual. Sugere ainda que a formação deve sensibilizar e preparar o psicólogo para a análise e compreensão geral da Saúde Pública; conceber como objeto de trabalho o processo saúde-doença como fenômeno social e não a

individualização do normal/patológico; superar a assistência que realiza no individual e privado e dedicada à cura. Destaca que é necessário ao psicólogo compreender igualmente seu trabalho como coletivo, mais significativo quando junto a uma equipe de trabalho e como função social.

Boarini (1996), na pesquisa que realizou em 1995, “Unidades Básicas de Saúde e Psicologia: uma relação indefinida”, afirma que a população em geral pouco sabia sobre a Saúde Pública, a não ser a constatação, de senso comum, de que a mesma era uma área em crise permanente. Mesmo os psicólogos que nela atuavam desconheciam sua extensão e complexidade, sendo esse um agravante, por ser a Saúde Pública uma das possibilidades de atuação profissional do psicólogo.

Os psicólogos que atuavam nas Unidades Básicas de Saúde (UBS), segundo a autora, demonstravam não ter clareza dos limites de sua intervenção na área da Saúde Mental, a ponto de acolher a demanda das crianças com queixas escolares, que não deveriam ser atendidas na Saúde Pública.

De acordo com os dados coletados, os entrevistados (psicólogos que atuavam em UBS) apontaram para os conhecimentos que lhes foram transmitidos na Universidade, como sendo os grandes responsáveis por suas atuações. Já que o conhecimento era fragmentado, com uma visão de mundo elitista e composto de um ideal de profissão liberal, que provavelmente deveria prepará-los para o trabalho em consultório. Igualmente, assinalaram como causa dessa formação insuficiente para a atuação na saúde pública, a inexperiência e/ou visão acadêmica dos professores que demonstram uma cisão entre o mercado de trabalho e o que se aprende na Universidade.

Segundo a autora:

Trabalho, na sociedade capitalista, é sinônimo do que se deve fazer quando sair da escola. O trabalho é sempre tempo futuro (isto na melhor das hipóteses), é sempre entendido como meio de sobrevivência, de profissão, do que vem depois da universidade (ou da escola em geral). Trabalho e universidade são tempos separados. Enfim, trabalho é um meio de vida, não é a produção da própria vida (BOARINI, 1996, p. 127).

Boarini (1996) acrescenta, como sugestões dos psicólogos entrevistados para uma formação mais harmônica com o campo da Saúde Pública, a inserção nos currículos de disciplinas que contemplem conteúdos da área; a realização de estágios durante a graduação em UBS; a efetivação de práticas que possibilitem o trabalho em equipe multidisciplinar e que estas atividades pudessem ser acompanhadas de professores com experiência nessa área.

Complementa ainda, a necessidade de um posicionamento crítico por parte dos professores, alunos e psicólogos quanto às instituições que atendem os usuários da Saúde Mental, das políticas e diretrizes do setor e das concepções de doença mental da sociedade.

Vasconcelos (1999), por sua vez, pontua que as alterações ocorridas na formação voltada à área da Saúde Mental foram conseqüência de um aumento da demanda por estágios na área durante a graduação, seja por iniciativa dos próprios alunos ou por meio de convênios dos cursos com serviços de saúde mental. O que possibilitou algum contato dos alunos com a área, apesar de limitado e não articulado ao projeto pedagógico dos cursos de Psicologia como um todo.

O estudo referido por Amorin, realizado pelo Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais (INEP) em 1999, no qual foram analisados projetos pedagógicos e grades curriculares de cursos de Psicologia no Brasil, apontou que a formação do psicólogo continuava com “[...] uma marca positivista, experimentalista, patologizante e adaptacionista, característica do início do século XX”. (AMORIN, 2003, p. 225).

A autora esclarece que temas relacionados à Saúde Pública, Saúde Mental e Políticas Públicas quando surgiam nos cursos apresentavam-se numa perspectiva burocratizante, sem praticamente nenhuma referência aos movimentos sociais. Recomenda, como imperativo para uma formação alinhada com a Luta Antimanicomial na Saúde Mental, a adoção de uma nova ideologia que atravessasse essa formação e não somente o ensino de novas técnicas ou disciplinas. Acredita ainda não ser possível pensar numa alteração dessa formação sem questionar as dimensões éticas e políticas da profissão.

Yasui comenta em seu trabalho que:

Mesmo sendo considerado um importante profissional para o campo da saúde, poucos são os cursos que apresentam em seus currículos disciplinas ou matérias que tenham como tema a saúde mental ou os temas relativos à saúde coletiva. Não é raro encontrar profissionais recém-formados que desconhecem ou têm poucas informações sobre o SUS, sobre as políticas públicas de saúde, sobre a Reforma Psiquiátrica. Esta ausência de formação teórica e a ausência de estágios práticos têm como conseqüência desastrosa uma falta de preparo do psicólogo para enfrentar o cotidiano das instituições públicas de saúde, levando-o à reprodução acrítica do modelo tradicional de atuação (YASUI, 2006, p. 157).

O autor afirma ser um enorme desafio preparar profissionais para a atuação num novo modelo assistencial que: considere o processo saúde-doença com resultante de processos sociais complexos; utilize novas estratégias de cuidados que incluam a subjetividade e as necessidades coletivas; enfatize as ações de promoção de saúde, cujo objetivo seria a inclusão

e uma crescente autonomia dos usuários.

Estudos de Onocko-Campos (2001) e Luzio (2003) referem que profissionais, em especial os psicólogos, dos novos serviços de Saúde Mental (como os CAPS) têm demonstrado dificuldades em exercerem novas práticas e novos saberes necessários para consolidar as propostas da Reforma Psiquiátrica e para construir, no cotidiano destes serviços, o modelo da Atenção Psicossocial.

Apesar da constatação destes autores, a propósito do despreparo dos profissionais de saúde para atuar neste campo, a preocupação com a formação dos profissionais da Saúde e Saúde Mental apareceu nos relatórios das Conferências Nacionais de Saúde e de Saúde Mental realizadas no país.

A 1ª Conferência Nacional de Saúde Mental (CNSM), ocorrida em 1987, colocou que era imprescindível:

- a reforma curricular nos cursos de graduação na área da Saúde, para que se formassem profissionais qualificados para atuar junto às necessidades da rede pública de saúde mental.

- as universidades deveriam assumir seu papel de formação e reciclagem dos profissionais e agentes de saúde, democratizando e integrando órgãos formadores e assistenciais para uma transformação curricular compatível com a formação dos recursos humanos necessários à rede pública (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1988).

A 2ª. CNSM, ocorrida em 1992, além de reafirmar as recomendações da 1ª. CNSM sobre a formação dos profissionais, propôs a:

- inclusão nos cursos formadores de profissionais de temas de Saúde Mental, a ética da Saúde Coletiva e a obrigatoriedade de estágios acadêmicos nas redes pública e privada de saúde.

- regulamentação do artigo constitucional que atribui ao SUS a ordenação da formação dos trabalhadores da saúde.

- criação de programas de pós-graduação em Saúde Mental, na perspectiva da Saúde Coletiva, em parceria com universidades e secretarias estaduais e municipais de saúde, bem como o desenvolvimento de pesquisas epidemiológicas e sócio-antropológicas, e a avaliação e divulgação dos resultados tecnológicos gerados na atenção à Saúde Mental (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1994).

A 3ª. CNSM, realizada em 2001, acrescentou que seria importante, além das propostas apontadas nas outras Conferências:

- integrar assistência–ensino–pesquisa, e que todos os serviços substitutivos sejam

voltados para o ensino e a pesquisa de práticas inovadoras, criadas pelo novo modelo assistencial. Estes serviços deveriam ter unidade de referência em pesquisa ou comissões de ensino e pesquisa, para viabilizar a produção de conhecimento científico no próprio serviço, de novas práticas de saúde mental, em parceria com as instituições formadoras.

- estimular a articulação entre entidades financiadoras, como o Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPQ), Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES); entidades formadoras; Ministério da Saúde as instituições formadoras.

- rever os currículos, a fim de que possibilitem uma capacitação interprofissional e generalista dos docentes e discentes acerca da Saúde Pública e Saúde Mental e de uma prática profissional por meio da extensão universitária, especializações, residências e estágios para todos os profissionais da área da Saúde Mental (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2002).

Observamos que tais propostas, apenas a partir de 2002, têm sido gradualmente introduzidas nas pautas de discussões sobre a formação do MS, MEC e entidades profissionais. Neste sentido, o MS e MEC realizaram, em 2004, o seminário "O SUS e os Cursos de Graduação na Área da Saúde - Aprender SUS". Neste discutiu-se a elaboração de uma política intersetorial e pública para estimular mudanças nos cursos de graduação, de modo que a implantação e o cumprimento das diretrizes constitucionais do SUS e as Diretrizes Curriculares Nacionais para os Cursos de Graduação caminhassem juntas (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004).

Do mesmo modo, o MS, em conjunto com a Comissão de Representantes do Movimento Estudantil da área da Saúde, propôs o Projeto de Vivência e Estágio na Realidade do Sistema Único de Saúde – Ver-SUS/Brasil, a partir de 2004. O Projeto visava promover a aproximação dos estudantes universitários da área da Saúde com a implantação do Sistema de Saúde no país e seus desafios. Dentre as profissões consideradas da área da Saúde está a Psicologia (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2007).

A ABEP em parceria com o MS, MEC e OPAS promoveu, em julho de 2006, a Oficina Nacional da ABEP, cujo tema fora a Psicologia e Saúde Pública/Coletiva. A proposta da Oficina teve como objetivo debater a formação do psicólogo de forma geral e especialmente a formação do mesmo para as políticas públicas de Saúde. Preliminarmente foram realizadas 38 oficinas regionais, nas quais foram levantadas propostas e escolhidos delegados para a participação na Oficina Nacional.

Entre as principais propostas aprovadas nesse evento, no que se refere à formação do psicólogo, destacamos: o Projeto Político-Pedagógico dos cursos deve contemplar a inserção

da discussão sobre a Saúde Pública/Coletiva de forma transversal, de modo a superar a segmentação teoria e prática, clínica e política desde o início da formação; a compreensão das dimensões subjetivas, técnicas, políticas, sociais, culturais, biológicas e ambientais do processo saúde-doença juntamente com incorporação dos princípios e diretrizes do SUS na matriz curricular; abordar criticamente as temáticas relativas à psicopatologia e à saúde em geral, com intuito de superar a compreensão polarizada entre saúde e doença e considerando as transformações instituídas pela Reforma Psiquiátrica (ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ENSINO DE PSICOLOGIA, 2006).

Em relação às práticas durante os cursos de graduação, o mesmo documento propõe:

Estágios Básicos e Específicos [...] promover estágios multiprofissionais, nos mais variados âmbitos e cenários do SUS, integrando docentes e discentes das diversas áreas da saúde.

Serviços de Psicologia [...] articular a concepção dos Serviços de Psicologia com os princípios do SUS, particularmente as noções de universalidade, integralidade e participação social; [...] (ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ENSINO DE PSICOLOGIA, 2006, p. 28, grifos do autor).

Dessa forma, a Oficina da ABEP sinalizou a necessidade do exercício e a formação em Psicologia estarem cada vez mais conectados aos princípios do SUS e das políticas públicas na área da Saúde, de modo a superar o modelo tradicional de atuação deste profissional, centrado no paradigma doença-cura, cuja finalidade é promover apenas o ajustamento do indivíduo à sociedade. O documento resultante de tal Oficina defendeu, ainda, o entendimento da saúde como um fenômeno complexo e de produção social, deste modo sendo necessário o compromisso das instituições formadoras e dos serviços de saúde para com as necessidades da sociedade.

Apesar das questões levantadas nas CNSM e pelas políticas públicas da Saúde e Saúde Mental, para que houvesse alterações na formação dos profissionais da área, preparando-os para a atuação na Saúde Pública, as mudanças mais significativas para a reestruturação dos cursos de Psicologia parecem ter sido provocadas pelas demandas das políticas educacionais de cunho neoliberais, que levaram à implementação da nova LDB, promulgada em 1996 (BRASIL, 1996). Entre outras consequências, a nova LDB levou a criação das Diretrizes Curriculares para os cursos de Graduação no país.

A partir da redemocratização do país e o fim do Regime Militar na década de 1980, e da elaboração da Constituição brasileira de 1988, iniciou-se a criação de uma nova Lei de Diretrizes e Bases para a Educação Nacional. O contexto político- econômico do país, na

época, era marcado pelo início de uma política econômica neoliberal, tendo como suporte a abertura econômica a outros países, o desenvolvimento de novas tecnologias, a modernização dos processos e das formas de organização do trabalho, e com o Estado priorizando as relações de mercado em detrimento as relações sociais.

No Ensino Superior, a expansão ocorrida após o Golpe Militar de 1964, passou a encontrar limitações na década de 1980. Segundo Batista (2000) as causas foram: a crise econômica e a conseqüente retração do mercado de trabalho; a diminuição dos recursos financeiros do Governo para a criação e manutenção das universidades públicas, graças à filosofia liberal de não intervenção e desestatização; a política de contenção da criação de cursos universitários; a expansão de formas alternativas de formação profissional extra-universitárias, como os cursos seqüenciais e à distância, demandados pelas necessidades de organização do trabalho surgidas com as novas tecnologias.

A LDB de 1996 incorporou tais princípios e assumiu metas definidas por organismos internacionais, como o Banco Mundial. Essas preconizavam que os custos com a Educação Superior deveriam ser os menores possíveis (a prioridade da educação deve se concentrar na Educação Básica) e paulatinamente estimular a privatização do Ensino Superior. Portanto, as metas propunham a desresponsabilização do Estado em relação às políticas sociais de forma geral (TOMMASI; WARD; HADDAD, 1996 citado por BATISTA, 2000).

A LDB atual prioriza as relações de mercado em detrimento às relações sociais no campo educacional e, principalmente, no Ensino Superior. Baseado nestes princípios, a estruturação curricular dos cursos de Graduação, segundo Lessa (1999) apud Batista (2000, p. 85) visa atender “[...] ao breve treinamento das técnicas do momento de forma acrítica, descompromissada tanto com a produção de um saber científico, como com a articulação desse saber ao cotidiano social”.

Sendo assim, a estruturação curricular deve basear-se nos princípios de flexibilidade, que conjuga tempo (cursos rápidos e seqüenciais) e quantidade de saberes (técnico-instrumentais), ou seja, a menor duração possível dos cursos de graduação, com a maior quantidade possível de saber técnico.

Pretende-se que as universidades, a partir da LDB, respondam às demandas políticas e econômicas presentes nos anos 1980-1990, ou seja: o desenvolvimento de novas tecnologias, novos processos de trabalho e novas formas de organização do trabalho. Assim as universidades passam a buscar a qualidade, guiando-se pelos critérios de produtividade, quantidade e custo-benefício. Segundo Batista (2000), o ensino perde espaço como exercício da reflexão crítica da realidade social e do instituído, inserindo-se na lógica da relação

pragmática-instrumental-mercadológica.

Antes mesmo da promulgação da atual LDB, a Lei 9.131 de 1995 (BRASIL, 1995) alterou alguns pontos de uma LDB anterior, a Lei 4.024 de 1961 (BRASIL, 1961), antecipando alguns pontos das mudanças que se pretendia implantar no Ensino Superior.

Esta lei de 1995 criou o Conselho Nacional de Educação e colocou, entre as atribuições da Câmara de Educação Superior (CES), a orientação sobre e elaboração das Diretrizes Curriculares para os cursos de Graduação. No § 2º de seu art. 9º: “[...] São atribuições da Câmara de Educação Superior: [...] c) deliberar sobre as diretrizes curriculares propostas pelo Ministério da Educação e do Desporto, para os cursos de graduação; [...]” (BRASIL, 1995). Ou seja, se extinguem os currículos mínimos para os cursos de graduação e se institui as Diretrizes Curriculares.

A LDB de 1996 referendou esta orientação e definiu que as universidades, no uso de sua autonomia, deveriam, segundo o artigo 53 § II: “[...] fixar os currículos dos seus cursos e programas, observadas as diretrizes gerais” (BRASIL, 1996, p. 17). Esse direcionamento contribuiu para uma ampla flexibilização curricular dos cursos de Graduação no país, sendo que, no Plano Nacional de Educação (PNE)⁹, é colocado como meta para o Ensino Superior com a orientação da União:

11. Estabelecer, em nível nacional, diretrizes curriculares que assegurem a necessária flexibilidade e diversidade nos programas de estudos oferecidos pelas diferentes instituições de educação superior, de forma a melhor atender às necessidades diferenciais de suas clientela e às peculiaridades das regiões nas quais se inserem. (BRASIL, 2001g, p. 36-37).

No Parecer 776/97, de 1997, do Conselho Nacional de Educação (CNE) e da CES, que tratou da orientação para a elaboração das Diretrizes Curriculares dos cursos de Graduação, a posição neoliberal se fez presente, afirmando que os currículos existentes antes LDB de 1996:

[...] caracterizavam-se por excessiva rigidez que advém, em grande parte, da fixação detalhada de mínimos curriculares e resultam na progressiva diminuição da margem de liberdade que foi concedida às instituições para organizarem suas atividades de ensino. Deve-se reconhecer, ainda, que na fixação dos currículos muitas vezes prevaleceram interesses de grupos corporativos na criação de obstáculos para o ingresso em um mercado de trabalho marcadamente competitivo, o que resultou, nestes casos, em excesso de disciplinas obrigatórias e em desnecessária prorrogação do curso de graduação. [...] o currículo mínimo vem se revelando ineficaz para garantir a qualidade desejada, além de desencorajar a inovação e a benéfica diversificação da formação oferecida. (BRASIL, 1997).

⁹ O PNE começou a ser elaborado pelo Congresso Nacional em 1997 e foi sancionado em 2001.

O Parecer reafirma a filosofia da atual LDB, que visa levar o ensino, em geral e em especial o superior, a uma maior flexibilidade da formação profissional. O mesmo apresenta em suas intenções a alteração da tradição curricular que burocratizou os cursos superiores, a qual se mostra incongruente com as tendências contemporâneas de considerar a boa formação na Graduação como uma etapa inicial da formação continuada.

Além disso, o Parecer coloca que as Diretrizes Curriculares “[...] devem também pautar-se pela tendência de redução da duração da formação no nível de graduação. Devem ainda promover formas de aprendizagem que contribuam para reduzir a evasão, como a organização dos cursos em sistemas de módulos”. (BRASIL, 1997).

Apesar disso, consta no final deste documento que os cursos de graduação não deviam atuar:

[...] como meros instrumentos de transmissão de conhecimento e informações, passando a orientar-se para oferecer uma sólida formação básica, preparando o futuro graduado para enfrentar os desafios das rápidas transformações da sociedade, do mercado de trabalho e das condições de exercício profissional (BRASIL, 1997).

De certa forma, procura assegurar que as práticas e orientações tecnicistas/instrumentais, citadas como orientação para as Diretrizes Curriculares dos cursos de Graduação, não devem levar à formação de um profissional tecnicista, mas com uma sólida formação básica. Como se fosse possível de ser alcançado tal objetivo, por meio das orientações que sugerem a redução da carga horária e dos conteúdos dos programas e que não possuem como diretriz uma formação crítica e multidisciplinar do profissional. Pelo contrário, levam em conta somente as demandas do mercado de trabalho.

No final do Parecer ficaram sistematizadas as principais orientações para a elaboração das diretrizes curriculares:

- 1) Assegurar às instituições de ensino superior ampla liberdade na composição da carga horária a ser cumprida para a integralização dos currículos, assim como na especificação das unidades de estudo a serem ministradas;
- 2) Indicar os tópicos de estudo e demais experiências de ensino-aprendizagem que comporão os currículos, evitando ao máximo a fixação de conteúdos específicos com cargas horárias pré-determinadas; [...]
- 3) Evitar o prolongamento desnecessário da duração dos cursos de graduação; incentivar uma sólida formação geral, necessária para que o futuro graduado possa vir a superar os desafios de renovadas condições de exercício profissional e de produção de conhecimento, [...] (BRASIL, 1997).

No caso específico da criação das Diretrizes Curriculares para os cursos de Psicologia, o processo se iniciou antes mesmo da aprovação da LDB de 1996, mais precisamente em 1994, com a criação junto a Secretaria de Ensino Superior (SESU) do MEC da Comissão de Especialistas de Ensino de Psicologia (CEEP). O processo de elaboração foi finalizado com a aprovação da versão final das Diretrizes em 19 de fevereiro de 2004 pelo CNE/CES (BRASIL, 2004a), homologada em 07 de maio do mesmo ano. (Anexo 1).

Proposta Curricular CEEP - 1995

Essa Comissão elaborou o documento “Contribuições Para Reestruturação Curricular e Avaliação dos Cursos” (MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO E CULTURA, 1995). Para essa elaboração baseou-se num amplo conjunto de informações recolhidas de três fontes básicas: das próprias instituições formadoras, que atendendo a solicitação daquela Comissão enviaram propostas e estudos de reformulação curricular e avaliação de cursos de Psicologia; das pesquisas realizadas pelo CFP¹⁰, por meio de sua Câmara de Educação e Formação Profissional e das teses relativas à formação profissional aprovadas no Congresso Constituinte da Psicologia, realizado em 1994 em Campos de Jordão-SP (MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO E CULTURA, 1995). Em outra parte deste documento a Comissão coloca que além destas contribuições também foram tomadas em consideração as constantes da Carta de Serra Negra (CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA, 1992)¹¹.

A partir dessas contribuições, a Comissão de Especialistas elaborou dez diretrizes gerais para a formação do psicólogo que objetivavam “[...] explorar convergências, buscando um núcleo mínimo e básico de mudanças que ampliem a qualidade da formação do psicólogo. [...] garantir um padrão mínimo que deva ser observado por todas as instituições formadoras [...]”. (MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO E CULTURA, 1995).

As dez diretrizes daquele documento tinham como tópicos: I) Uma formação básica sólida e pluralista; II) Uma formação generalista; III) Uma formação interdisciplinar; IV) Preparar o psicólogo para uma atuação multiprofissional; V) Assegurar uma formação científica crítica, reflexiva; VI) Permitir uma efetiva integração teoria-prática; VII)

¹⁰ São elas: “Quem é o Psicólogo Brasileiro”, “Psicólogo Brasileiro: Construção de Novos Espaços” e “Psicólogo Brasileiro: Práticas Emergentes e Desafios para a Formação”, respectivamente Conselho Federal de Psicologia (1988, 1992, 1994).

¹¹ Esse documento foi resultante do Encontro Nacional com Gestores de Cursos de Psicologia, realizado em Serra Negra-SP no ano de 1992, no qual foram discutidas, com representantes da maioria dos cursos de Psicologia, questões relativas à formação do psicólogo.

Compromisso com o atendimento das demandas sociais; VIII) O compromisso ético deve permear todo o currículo; IX) Romper o modelo de formação tecnicista; X) Precisar as terminalidades dos cursos de Psicologia (MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO E CULTURA, 1995). O documento, após definir cada uma das dez diretrizes, colocou sugestões de como operacionalizá-las nas grades curriculares dos cursos de Psicologia.

Segundo Buettner (2000, p. 29),

Este conjunto de Diretrizes Curriculares representou, na verdade, uma proposta de formação acadêmica em Psicologia que, orgânica e articuladamente, *sintetizou as principais discussões e diretrizes gestadas nos eventos e pesquisas* realizados pelas entidades nos anos anteriores. Sua análise evidencia, de forma bastante clara, o importante papel que as entidades regulamentadoras da profissão vinham tendo na discussão dos problemas da formação e na proposição de sugestões para sua solução e melhoria. Revela, também, o compromisso dos membros desta Comissão de Especialistas com os princípios e o conhecimento sobre a formação produzido pelas Instituições Acadêmicas e Profissionais da Psicologia brasileira (grifo da autora).

As alterações no ensino superior advindas da LDB de 1996 e das dificuldades existente na formação do psicólogo de forma geral, como já afirmamos, produziram uma grande movimentação das entidades ligadas à Psicologia sobre essa formação. Tal situação levou o CFP e os Conselhos Regionais de Psicologia realizarem em 1997 uma ampla discussão acerca da formação do psicólogo – o Fórum Nacional de Formação em Psicologia. Esse Fórum foi precedido de etapas preparatórias regionais, nas quais foram levantadas propostas sobre o tema, e teve a etapa nacional realizado em Ribeirão Preto-SP onde foi discutido e elaborado o documento final do Fórum (CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA, 1997).

O Fórum possuía os seguintes objetivos:

a) elaborar as diretrizes curriculares para o curso de graduação em Psicologia; b) analisar a propostas de avaliação dos cursos de Psicologia, apresentada pela Comissão de Especialistas de Ensino a Psicologia do MEC/SESU e, c) elaborar estratégias de intervenção institucional nos problemas da Formação do psicólogo (CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA, 1997).

Na etapa nacional do Fórum foram analisadas as várias propostas de formação vindas das etapas regionais, bem como a proposta de estruturação curricular da Comissão de Especialistas de 1995 e as Diretrizes Curriculares advindas da LDB de 1996. De maneira

geral, o Fórum foi favorável ao documento da CEEP de 1995, apontando que seria necessário compatibilizá-lo com LDB então em vigor.

Logo após o final desse Fórum Nacional, houve alterações dos componentes da CEEP da SESU e esta solicitou as entidades representativas da Psicologia propostas para elaboração das Diretrizes Curriculares da Psicologia. O resultado foram trinta e sete documentos enviados a CEEP, no período de março a maio de 1998, por instituições formadoras, profissionais e estudantes com propostas de Diretrizes para a Psicologia (BUETTNER, 2000).

Proposta de Diretrizes Curriculares CEEP – 1999

A Proposta de Resolução de Diretrizes da CEEP (MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO E CULTURA, 1999) foi a primeira elaborada pela SESU após a promulgação da LDB de 1996. A partir das consultas citadas, realizadas em 1998, elaborou-se um projeto no qual os cursos de Psicologia do país deveriam ter como objetivo, a formação para atuação em pesquisa em Psicologia (Bacharelado), no ensino de Psicologia (Professor de Psicologia) e como psicólogo (Formação de Psicólogo). Os cursos poderiam optar por oferecer ou não a formação em Bacharelado ou de Professor de Psicologia, mas todos deveriam obrigatoriamente oferecer a de psicólogo.

A identidade do Curso de Psicologia no país seria garantida por meio de um núcleo comum de formação que “[...] estabelece uma base homogênea no país e uma capacitação básica para o formando lidar com os conteúdos da Psicologia, enquanto campo de conhecimento e de atuação”. (MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO E CULTURA, 1999). Este núcleo comum é posteriormente definido, no documento, por um conjunto de competências, habilidades e conhecimentos e eixos estruturantes.

Contudo, nesta proposta de Diretrizes, assim como nos projetos de diretrizes anteriores, nas orientações do CNE, para elaboração de Diretrizes Curriculares para os cursos de Graduação ou até mesmo nos projetos posteriores das Diretrizes para a Psicologia, não continham a definição de são competências e habilidades.

A Proposta de 1999 não levou em consideração a de 1995 e nem o documento do Fórum Nacional de Formação em Psicologia de 1997, que como foi apontado anteriormente, endossou a proposta da CEEP de 1995. Conseqüentemente, a Proposta de 1999 trilhou um caminho diverso, e “[...] não correspondiam às discussões e deliberações que, há mais de dez anos vinham sendo construídas pela Psicologia, através de pesquisas, eventos, Congressos, nas IES, nos Conselhos, Associações Científicas e de classe. Mais que isso, em sua maior

parte, as contrariavam, [...]” (BUETTNER, 2000, p. 37, grifo da autora).

Proposta de Diretrizes Curriculares do CNE - 2001

O CNE, utilizando como base a proposta de Diretrizes da CEEP de 1999, elaborou o Parecer CNE 1314/2001 (BRASIL, 2001c), com as Diretrizes para a Psicologia. Esse documento reproduziu o entendimento do documento anterior sobre o objetivo dos cursos de Psicologia – e manteve as características do núcleo comum de formação, bem como definiu como obrigatória a formação de Psicólogo e optativa a de Bacharel e professor de Psicologia.

O documento estabeleceu que a formação em Psicologia devia dotar o profissional de conhecimentos requeridos para exercer as competências e habilidades gerais, em seu art. 6º., de:

a) Atenção à saúde: os profissionais de saúde, dentro de seu âmbito profissional, devem estar aptos a desenvolver ações de prevenção, promoção, proteção e reabilitação da saúde, tanto em nível individual quanto coletivo. Cada profissional deve assegurar que sua prática seja realizada de forma integrada e contínua com as demais instâncias do sistema de saúde. Sendo capaz de pensar criticamente, de analisar os problemas da sociedade e de procurar soluções para os mesmos [...] (BRASIL, 2001c).

A seguir, descreveu quais seriam os desempenhos e atuações requeridos do formado, as habilidades que deveriam possuir, quais seriam os eixos estruturantes do núcleo comum de formação e indicou as competências e habilidades exigidas para a formação do Bacharel, do professor de Psicologia e do Psicólogo. Estabeleceu que a formação do psicólogo deveria incluir, pela diversidade de orientações teórico-metodológicas, práticas e contextos de atuação profissional, ênfases curriculares de aprofundamento “[...] configuradas como oportunidade de concentração e aprofundamento de estudos em algum domínio de atuação profissional”. (BRASIL, 2001c).

O referido documento determinou, do mesmo modo, que os cursos deviam oferecer duas modalidades de estágio supervisionado: o básico que teria como meta o desenvolvimento de práticas integrativas relacionadas às competências previstas no núcleo comum de formação, e o específico para o desenvolvimento de práticas integrativas relacionadas às características de cada perfil de formação (bacharelado, professor de Psicologia e psicólogo).

Apesar da Resolução de 2001 do CNE ter utilizado como base a Proposta de 1999 da CEEP, alguns aspectos daquele documento não foram contemplados: a recomendação de que

os estágios oferecidos pelos cursos deveriam estar vinculados aos projetos de pesquisa e extensão do corpo docente da instituição, o número máximo de 12 alunos para os grupos de supervisão de estágio; as condições para o funcionamento dos cursos, que incluíam a qualificação compatível dos docentes com as ênfases propostas, as condições de infraestrutura, bibliotecas, laboratórios e a duração da carga horária do curso, tanto em seu núcleo básico como no requerido em cada um dos estágios específicos.

Além dessas supressões, foi acrescentado todo o art. 6º., que tratava das competências e habilidades gerais que deveria ter o profissional, sendo que este tópico não constava das propostas encaminhadas ao CNE pelas diversas Comissões de Especialistas em Ensino de Psicologia.

Os pontos acima constavam da carta dirigida ao Ministro da Educação pela Diretoria da Associação Nacional de Pesquisa e Pós-Graduação em Psicologia (ANPEPP) em dezembro de 2001 (ASSOCIAÇÃO NACIONAL DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA, 2001).

Essa carta solicitou a não homologação das Diretrizes Curriculares tal como aprovadas pelo Parecer 1314/2001, por entender que havia pontos que precisavam ser mais discutidos e melhor elaborados com a comunidade acadêmica e o CNE, ressaltando a preocupação com a supressão da fixação da carga horária do curso e dos estágios, do número máximo de alunos para a supervisão grupal. Também fez críticas ao acréscimo do art. 6º., colocando que:

Em tal artigo descreve-se um conjunto de competências e habilidades gerais em um texto que parece ter sido incluído, por determinação de alguma instância superior aos relatores, em todas as diretrizes referentes à formação profissional de profissionais da área de saúde. A maior evidência de que trata-se de texto padrão é o fato da relatora não ter tido o cuidado de articular as novas competências e habilidades com aquelas já previstas no texto original, valendo-se do recurso de denominá-las gerais para fazer a diferenciação com as demais, que passaram a ser chamadas de específicas, além de não ter percebido que muitas delas já estavam plenamente contempladas no texto original (ASSOCIAÇÃO NACIONAL DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA, 2001).

A carta da ANPEPP afirmou ainda, em relação a este tópico, que o Projeto de Resolução parecia delimitar o profissional de Psicologia exclusivamente como um profissional da Saúde e que, mesmo ponderado em seu sentido amplo, considerava uma delimitação não apropriada. Sugeriu que este artigo fosse retirado das Diretrizes e que alguns de seus elementos poderiam ser incorporados ao conjunto de competências e habilidades que faziam parte do texto da Comissão de Especialistas, quando necessário.

De fato, o conteúdo do artigo 6º., daquela proposta de Diretrizes para a Psicologia, é o mesmo do Parecer CNE/CES 1133/2001 que trata do Projeto de Diretrizes Curriculares para os cursos de Graduação em Enfermagem, Medicina e Nutrição (BRASIL, 2001a). Tal texto foi mantido nas Diretrizes aprovadas para estes cursos no mesmo ano de 2001, respectivamente nas Resoluções CNE/CES nº. 3 (BRASIL, 2001d), CNE/CES nº. 4 (BRASIL, 2001e) e no CNE/CES nº. 5 (BRASIL, 2001f). Foram utilizados também de forma idêntica no Parecer CNE/CES nº. 1210/2001 (BRASIL, 2001b), que trata da elaboração das Diretrizes Curriculares Nacionais dos Cursos de Graduação em Fisioterapia, Fonoaudiologia e Terapia Ocupacional.

O artigo, citado acima, constou nos documentos desde os primeiros projetos de Diretrizes Curriculares dos cursos de Graduação da área da Saúde, com o objetivo de alcançar uma unicidade em relação às habilidades gerais esperadas destes profissionais. Visto que haveria, em seguida, um detalhamento nas Diretrizes sobre quais seriam as habilidades específicas dos formados em cada um destes cursos.

A inclusão deste item nas Diretrizes da Psicologia igualmente sofreu influência da Resolução 287/98 do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 1998), o qual relacionou a Psicologia como uma das quatorze profissões da área da Saúde.

As Diretrizes, dessa forma, sinalizaram que esta formação deveria preparar tal profissional para a atuação no campo da Saúde, de acordo com o discriminado nas habilidades gerais do formando, restringindo o perfil esperado do psicólogo como profissional exclusivo da Saúde.

Diferentemente das demais profissões da saúde citadas e suas Diretrizes, que são exclusivas do campo da Saúde, a Psicologia além de ter seus profissionais atuando nesta área, possui outros campos de atuação que não estão ligados diretamente à Saúde, posto que atuam igualmente nas áreas da Psicologia Escolar e da Educação, Social, Organizacional, Judiciária e do Esporte, entre outras.

Proposta de Diretrizes - Fórum de Entidades em Psicologia – 2002

Em janeiro de 2002 foi realizado na cidade de São Paulo o “Fórum Aberto para a Construção de uma Nova Proposta de Diretrizes Curriculares para a Psicologia”, promovido pela ABEP e Conselho Nacional de Entidades Estudantis de Psicologia (CONEP). Aquele Fórum objetivou a construção de uma proposta alternativa as Diretrizes do CNE de 2001, que contemplasse as discussões já realizadas pelas entidades da área, constantes principalmente

das propostas da CEEP de 1995 e do Fórum Nacional de Formação em Psicologia de 1997, já citados. (CONSELHO REGIONAL DE PSICOLOGIA DE SÃO PAULO - 6ª. REGIÃO, 2002).

Coube ao Fórum de Entidades em Psicologia (FENP) sistematizar e enviar ao CNE a proposta de Diretrizes resultante desse evento (FÓRUM DE ENTIDADES EM PSICOLOGIA, 2002). O FENP foi criado em junho de 1997, com a participação inicial de cinco entidades de caráter nacional ligadas à Psicologia, entre elas o CFP e a ANPEPP, com os objetivos de “traçar políticas, articular esforços e desenvolver ações conjuntas na defesa da Psicologia, buscando um projeto de futuro para nossa ciência e profissão”. (FÓRUM DE ENTIDADES EM PSICOLOGIA, 2007)¹².

Esta proposta de Diretrizes do FENP fundamentava-se no princípio de que a formação do psicólogo deveria habilitá-lo à atuação em diversos campos e que todos os cursos deveriam ter um único perfil de formação – o de Psicólogo. E ainda, que seria incluído neste perfil os demais atribuídos ao Bacharel e ao Professor de Psicologia, que constavam das propostas de Diretrizes anteriores.

Conforme este documento, o curso de Psicologia deveria “[...] garantir o desenvolvimento de competências e habilidades de múltiplas dimensões a serem integradas no processo de formação de psicólogo”. (FÓRUM DE ENTIDADES EM PSICOLOGIA, 2002). Estas seriam: I) Dimensão histórica; II) Dimensão filosófica; III) Dimensão antropológica; IV) Dimensão social; V) Dimensão política; VI) Dimensão ética; VII) Dimensão científica e profissional; VIII) Dimensão pedagógica e IX) Dimensão técnica.

O documento explicitou o que entendia por cada uma dessas dimensões, e que as instituições de ensino poderiam acrescentar a essas dimensões outras, coerentes com o seu projeto de curso e com as exigências legais. Definiu as ênfases curriculares “como aprofundamento no aprendizado de uma prática em Psicologia, consolidada ou emergente, articulada a referencial teórico-metodológico que a subsidie” (FÓRUM DE ENTIDADES EM PSICOLOGIA, 2002).

Afirmou que os cursos deveriam oferecer ao menos três ênfases curriculares e que o aluno escolhesse ao menos duas ênfases. Propôs que os estágios supervisionados tivessem pelo menos 18% da carga horária total do curso, que o projeto de cada curso deveriam explicitar a carga horária dos eixos estruturantes e das ênfases curriculares, dos estágios e a

¹² Atualmente, o Fórum é composto por 20 entidades participantes e se denomina Fórum de Entidades Nacionais da Psicologia Brasileira (FENPB).

duração máxima do curso. Finalmente, sugeriu que os cursos deveriam prever procedimentos de auto-avaliação periódica com objetivo de aprimoramento dos mesmos.

Proposta de Diretrizes Curriculares do CNE - 2002

Como consequência das críticas a proposta de Diretrizes aprovadas pelo CNE em 2001, como as que constavam na carta da ANPEPP e na proposta de Diretrizes do FENP, aquele órgão elaborou uma outra Proposta de Diretrizes – o Parecer CNE 072/2002 aprovado em 20 de fevereiro de 2002 (BRASIL, 2002).

O mesmo manteve o texto da proposta de 2001, apenas fazendo pequenas alterações no art. 6º, objeto de questionamento da ANPEPP: sintetizando alguns de seus itens, retirando a palavra “da saúde”, incluindo as palavras “psicológica e psicossocial”. Tentou fazer com que aqueles tópicos não efetuassem uma referência tão direta da Psicologia como uma profissão exclusiva da saúde, mas, de certo modo, manteve o mesmo entendimento anterior neste ponto das Diretrizes.

Esse documento não acatou as outras críticas da carta da ANPEPP, como as relativas às supressões realizadas pelo CNE nas propostas das Comissões de Especialistas anteriores (MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO E CULTURA, 1995, 1999) sobre a carga horária total do curso e dos estágios, como já citado. De igual modo, não incorporou itens ou sugestões da proposta do FENP.

A proposta de Diretrizes Curriculares para a Psicologia de 2002, apesar de aprovada pelo CNE, não chegou a ser homologada pelo Ministro da Educação. Em julho de 2002 foi devolvida ao CNE pelo Ministro, em decorrência da realização de audiências públicas e diversas manifestações de descontentamento de vários setores da área de Psicologia para com aquele documento. Nessa época, também ocorreram alterações na composição dos membros do CNE e, conseqüentemente, foi criada uma nova Comissão naquele órgão para a discussão das Diretrizes para os cursos de Psicologia.

Proposta de Diretrizes Curriculares do CNE - 2004

A nova Comissão do CNE, recém-criada, realizou nova audiência pública em dezembro de 2003 com a participação de entidades representativas da profissão e teve, como objetivo, esclarecer o posicionamento dos diferentes segmentos a respeito das Diretrizes.

Durante seus trabalhos a Comissão constatou a existência de dois grupos com opiniões distintas nessas entidades sobre o assunto, sendo que um deles apoiava o entendimento de que os cursos deveriam oferecer três perfis de formação (Bacharelado, Professor de Psicologia e Psicólogo) com o de Psicólogo obrigatório, como constante das duas propostas de Diretrizes do CNE.

O outro grupo, por sua vez, defendia a posição de que a formação deveria obrigatoriamente proporcionar um perfil único, abrangente e pluralista, que abrangesse o de Bacharel, Professor de Psicologia e Psicólogo. Este grupo solicitou que fossem considerados os princípios da formação deste profissional, resultante dos debates que constavam no Projeto de Diretrizes do FENP, como já citado neste trabalho.

O encaminhamento dado à questão na época pela Comissão do CNE foi sugerir que estes grupos se reunissem e tentassem elaborar uma proposta comum, que procurasse superar as dissensões. Os dois grupos de entidades, naquele momento liderados pela Sociedade Brasileira de Psicologia (SBP) e pelo FENP, se encontraram em São Paulo em fevereiro de 2004 e elaboraram e encaminharam à referida Comissão um documento consensual (FÓRUM DE ENTIDADES EM PSICOLOGIA/SOCIEDADE BRASILEIRA DE PSICOLOGIA, 2004). Esse documento foi, com pequenas alterações de redação, aprovado em 19 de fevereiro de 2004 pelo CNE/CES como as Diretrizes Curriculares da Psicologia.

Entre as alterações, com relação à proposta de Diretrizes de 2002, consta que o Curso de Psicologia “tem como meta central a formação do Psicólogo, voltado para a atuação profissional, para a pesquisa e para o ensino de Psicologia, [...]” (BRASIL, 2004a). Coloca final, dessa maneira, a divergência sobre o perfil do profissional a ser formado.

Assim, as competências relacionadas ao Bacharelado apareceriam fundidas àquelas voltadas para a formação de psicólogo. A formação de Professor de Psicologia para atuar na Educação Básica ficou como optativa, podendo ser oferecido ou não de acordo com o interesse das instituições de ensino.

Contudo, em relação às ênfases curriculares, mantém a mesma compreensão de formulações anteriores das CEEPs, definindo-as como:

[...] a formação em Psicologia diferencia-se em ênfases curriculares, entendidas como um conjunto delimitado e articulado de competências e habilidades que configuram oportunidades de concentração de estudos e estágios em algum domínio da Psicologia. (BRASIL, 2004a).

Tais ênfases curriculares devem ser compatíveis com as demandas sociais e com a vocação e condições da instituição de ensino. Devem ser oferecidas no mínimo duas, para que

os alunos possam optar ao menos por uma ênfase ao longo do curso. Acrescenta a sugestão de alguns exemplos de ênfases que poderiam ser adotadas pelas instituições de ensino, tais como: Psicologia e processos de investigação científica, Psicologia e processos educativos, Psicologia e processos de gestão, Psicologia e processos de prevenção e promoção da saúde, Psicologia e processos clínicos e Psicologia e processos de avaliação diagnóstica (BRASIL, 2004a).

As Diretrizes homologadas privilegiaram aspectos dos dois grupos que possuíam divergências e foram conclamados a apresentar uma proposta de consenso. Deste modo, estabelecem um perfil único para o psicólogo; determinam a porcentagem da carga horária dos estágios em relação à carga horária total do curso; delimitam melhor o que seriam as ênfases curriculares, que sejam oferecidas aos formandos ao menos duas e que estes optem por pelo menos uma delas.

O restante do documento mantém as formulações anteriores sobre o esperado do perfil deste profissional por meio do núcleo comum, de eixos estruturantes desta formação, quais as competências e habilidades que devem ser desenvolvidas ao longo do curso e da obrigatoriedade de estágio básico e específico. Esta última consta em todas as propostas anteriores e está presente na versão homologada, com pequenas alterações de redação.

Desta maneira, alguns pontos de entidades como a ANPEPP (ASSOCIAÇÃO NACIONAL DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA, 2001) que constavam no relatório da CEEP de 1999 (MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO E CULTURA, 1999) não foram contemplados. Entre eles, a delimitação da carga horária e duração do curso; a exigência da qualificação do corpo docente compatível com o projeto pedagógico, atividades de extensão e pesquisa do Curso e a retirada do art. 6º (nas Diretrizes em vigor é o art. 4º.), presente desde a primeira proposta de Diretrizes e alvo de críticas das entidades, como a ANPEPP. Como já citado, este artigo restringe o perfil esperado do psicólogo como profissional exclusivo da Saúde.

As Diretrizes Curriculares mantiveram um núcleo comum, uma base, que deve ser seguida por todos os Cursos de Psicologia do país e abriram espaço para que os cursos ofereçam até duas ênfases curriculares, de certa forma, um aprofundamento em determinada área. Determinam, no art. 3º., que a formação do psicólogo deve assegurar os princípios e compromissos de:

- a) Construção e desenvolvimento do conhecimento científico em Psicologia.
- b) Compreensão dos múltiplos referenciais que buscam

apreender a amplitude do fenômeno psicológico em suas interfaces com os fenômenos biológicos e sociais. c) Reconhecimento da diversidade de perspectivas necessárias para compreensão do ser humano e incentivo à interlocução com campos de conhecimento que permitam a apreensão da complexidade e multideterminação do fenômeno psicológico. d) Compreensão crítica dos fenômenos sociais, econômicos, culturais e políticos do país, fundamentais ao exercício da cidadania e da profissão. e) Atuação em diferentes contextos considerando as necessidades sociais, os direitos humanos, tendo em vista a promoção da qualidade de vida dos indivíduos, grupos, organizações e comunidades. f) Respeito à ética nas relações com clientes e usuários, com colegas, com o público e na produção e divulgação de pesquisas, trabalhos e informações na área da Psicologia. g) Aprimoramento e capacitação contínuos. (BRASIL, 2004a).

Quanto às competências, ou seja, os conhecimentos, as capacidades e as habilidades que os psicólogos devem adquirir, afirma no art. 8º., que estes devem garantir:

[...] um domínio básico de conhecimentos psicológicos e a capacidade de utilizá-los em diferentes contextos que demandam a investigação, análise, avaliação, prevenção e atuação em processos psicológicos e psicossociais, e na promoção da qualidade de vida. (BRASIL, 2004a).

Tanto nos princípios e compromissos da formação, como nas competências do psicólogo, presentes nas Diretrizes, fica evidente que houve avanços significativos na compressão do papel deste profissional em relação ao Currículo Mínimo, citado anteriormente. Entre eles, espera-se que o psicólogo tenha uma visão abrangente das questões econômicas e sociais.

Veiculam o entendimento do fenômeno psicológico como multideterminado, complexo e com interfaces com os fenômenos biológicos e sociais. Podemos considerar este entendimento como convergente com o conceito da determinação psíquica e sociocultural do sofrimento psíquico, presentes nos autores aos quais nos referimos, nos pressupostos da Atenção Psicossocial e nas orientações das CNSM e da Oficina Nacional da ABEP.

Há, nos princípios gerais, a intenção de alterar a representação hegemônica do psicólogo como profissional liberal, voltado aos atendimentos/avaliações dos indivíduos, às questões de desajustamento comportamental/emocional e à psicoterapia individual em consultório particular. Estabelece-se a compreensão de um profissional inserido em diversos campos, junto com outros profissionais, em vários espaços sociais, e envolvido na promoção do bem-estar coletivo, definindo explicitamente, a área da Saúde como um destes campos de atuação.

O artigo 4º, idêntico ao texto das propostas de Diretrizes do CNE de 2001 e 2002, coloca que:

A formação em Psicologia tem por objetivos **gerais** dotar o profissional dos conhecimentos requeridos para o exercício das seguintes competências e habilidades gerais: a) Atenção à saúde: os profissionais devem estar aptos a desenvolver ações de prevenção, promoção, proteção e reabilitação da saúde **psicológica e psicossocial**, tanto em nível **individual** quanto **coletivo**, bem como a realizar seus serviços dentro dos mais altos padrões de qualidade e dos princípios da ética/bioética; [...]. (BRASIL, 2004a, grifo nosso).

Este artigo, aponta que, para obter tais capacidades, o profissional deve ter um perfil pluralista e uma atuação relacionada à prevenção e promoção da Saúde. Entretanto, parece realizar uma distinção entre saúde psicológica e psicossocial e atuação individual e atuação coletiva.

Nesse sentido, pode-se indagar se tal distinção não estaria reproduzindo uma antiga dicotomia, ou seja, a saúde/doença e as ações de reabilitação estariam relacionadas às questões do indivíduo e exigiria uma intervenção individual, e a saúde psicossocial estaria centrada nas determinações socioculturais e nas ações coletivas de prevenção junto à comunidade.

Tal compreensão, por sua vez, estaria em contradição como o conteúdo do artigo 3º., em especial no que se refere à concepção do fenômeno psicológico como complexo e multideterminado, uma vez que reproduz a dicotomia entre individual e social.

No campo da Saúde e, mais especificamente, na Saúde Mental tal dicotomia poderia reafirmar uma concepção de doença centrada no paradigma doença-cura, cujo objetivo da intervenção profissional estaria centrada apenas na supressão dos sintomas e sua finalidade essencial seria norteadada na idéia de cura enquanto retorno ao equilíbrio, à normalidade. Nessa perspectiva, a finalidade das ações de reabilitação desenvolvidas pelo psicólogo continuaria orientada na idéia de ajustamento e as ações de prevenção estariam restritas à identificação precoce da doença e ao desenvolvimento de práticas comunitárias.

Continuando, as Diretrizes afirmam que as competências do psicólogo são entendidas como os:

[...] desempenhos e atuações requeridas do formado em Psicologia, e devem garantir ao profissional um domínio básico de conhecimentos psicológicos e a capacidade de utilizá-los em diferentes contextos que demandam a investigação, análise, avaliação, **prevenção** e atuação em processos psicológicos e psicossociais, e na **promoção** da qualidade de vida. (BRASIL, 2004a, grifos nossos).

Encontramos neste trecho não apenas a compreensão de que o psicólogo deverá ter competência para desenvolver ações de prevenção, mas também promover a qualidade de vida do indivíduo. Observamos a preocupação de ampliação das finalidades da atuação da Psicologia, pois ao conceito de prevenção refere-se apenas à ausência de doença e a promoção é um conceito positivo e multidimensional. Como tal aspira superar o conceito da prevenção e romper a hegemonia do modelo biomédico.

Esse novo perfil do Psicólogo estaria compatível com uma concepção de saúde como um estado de completo bem estar físico, mental e social e, não apenas relacionada à ausência de doença e enfermidade, estando em concordância com a definição proposta pela OMS, com o Relatório da VIII Conferência Nacional de Saúde e com as concepções teórico-técnico-políticas emanadas do Movimento Sanitário e orientador do SUS.

Também parece compartilhar os questionamentos críticos de diversos campos científicos acerca do paradigma científico dominante, em que apontam a necessidade de superar a visão positivista e mecanicista da saúde como mera ausência de doença, cujos saberes e práticas estariam orientados na especialização do corpo humano, ou seja, no tecnicismo das práticas e a fragmentação do saber.

Enfim, a idéia de promoção de saúde sugere uma contraposição ao modelo assistencial individual e curativo. O compromisso com a promoção e a qualidade de saúde apontaria, em princípio, a uma outra finalidade para a Psicologia que não apenas curar ou ajustar comportamentos, desvios ou transtornos individuais.

É importante destacar que o conceito de Promoção de Saúde sofreu mudanças desde o seu surgimento¹³. No entanto, as várias concepções de promoção de saúde, segundo Buss (2000) comporiam dois grupos. No primeiro, a promoção ocorreria por intermédio de ações educativas voltadas para a mudança dos comportamentos e estilos de vida dos indivíduos,

¹³ Segundo Teixeira (2002), Sigerist propôs, em 1946, um novo objetivo para Medicina, diferente da prevenção de doenças, da recuperação e da reabilitação dos enfermos, isto é ele destacou a importância para saúde das pessoas, de ações relacionadas ao trabalho, à educação, ao lazer, e descanso. De lá para cá se pôde observar várias mudanças no conceito de Promoção, cujas derivações englobam:

a) A idéia de estimular hábitos e comportamentos saudáveis e mudanças nos estilos de vida contida no Informe Lalonde e adotada como política governamental no Canadá, em 1974.

b) As concepções elaboradas em conferências internacionais sobre o tema, nas quais a promoção aparece relacionada com: o desenvolvimento de habilidades sociais (Ottawa, 1984); ações de políticas públicas saudáveis pautadas pela intersetorialidade das ações e responsabilização dos países desenvolvidos de implantar políticas públicas que produzissem impactos positivos na saúde das nações em desenvolvimento (Adelaide, 1988); ampliação da consciência internacional sobre os riscos de um colapso do planeta (Suécia, 1991); a superação das relações sócio-econômica-culturais desiguais e excludentes (Bogotá, 1992); o aumento da responsabilidade social para a saúde, dos investimentos para o desenvolvimento da saúde; da capacidade comunitária e do empowerment do indivíduo (Jakarta, 1997). (BUSS, 2000).

situando-os no núcleo familiar e em sua comunidade. O segundo grupo, o conceito de Promoção estaria relacionado com a qualidade de vida, isto é, adequação alimentar e nutricional, e de habitação e saneamento; boas condições de trabalho; oportunidades de educação ao longo de toda a vida; boas condições no ambiente físico, apoio social para os indivíduos e suas famílias; estilo de vida responsável; e cuidados adequados de saúde.

Em síntese, a idéia de Promoção presente nas Diretrizes Curriculares parece orientada no segundo grupo, acima citado, bem como estaria consoante com a da Política de Saúde vigente no Brasil. Tal concordância reafirmaria a constatação, destacada anteriormente (p. 50), de que as Diretrizes da Psicologia reproduziam muitos aspectos semelhantes aos projetos de Diretrizes Curriculares de outros cursos de Graduação da área da Saúde, evidenciando assim uma preocupação de se alcançar uma unicidade em relação às habilidades gerais esperadas destes profissionais, em especial nos que atuam no SUS.

As Diretrizes Curriculares da Psicologia, igualmente colocam que **quando as situações exigirem**, o psicólogo deve atuar inter e multiprofissionalmente, mas não sugerem ou indicam ações durante a formação que propiciem experiências com outros campos profissionais e valorizem o trabalho em equipe. Deste modo, não veiculam a Saúde como um campo necessariamente interdisciplinar.

Tais tendências, como a de reproduzir as orientações das CNS para formação profissional para SUS, de enfatizar a atenção primária em saúde e a necessidade de se trabalhar em equipe quando as situações exigirem, podem estar relacionadas ao fato da Psicologia estar tradicionalmente vinculada à solução de conflitos psicológicos, por intermédio de ações individuais, voltadas para o processo doença-cura, como: diagnóstico, avaliação, observação e intervenções, com fins terapêuticos, com foi citado anteriormente.

Mas, também podemos optar por uma outra vertente de análise, ou seja, as competências descritas nas Diretrizes fazem poucas referências ao perfil profissional necessário para atuar no setor da Saúde Mental, principalmente no que se refere à atuação nas situações que envolvem sofrimento psíquico grave, tradicionalmente diagnosticadas como transtornos neuróticos graves ou transtornos psicóticos. Talvez, em consequência disto, encontramos pouca ou nenhuma relação entre as competências das Diretrizes com a Política Nacional de Saúde Mental e muito menos com os princípios, as concepções e as orientações teórico-técnico-política do Movimento da Luta Antimanicomial, conforme abordamos anteriormente.

As diretrizes também enfatizam que as competências devem ser apoiadas em habilidades, que devem ser adquiridas durante a graduação. Entre elas destacam-se:

d) Planejar e realizar várias entrevistas com diferentes finalidades e em diferentes contextos. e) Analisar, descrever e interpretar relações entre contextos e processos psicológicos e comportamentais. f) Descrever, analisar e interpretar manifestações verbais como fontes primárias de acesso a estados subjetivos. (BRASIL, 2004a).

Ao analisarmos as habilidades associadas com as análises anteriores acerca das competências, que devem ser adquiridas para subsidiar a atuação do profissional em geral e na Saúde, deparamo-nos com reminiscências das concepções norteadoras do Currículo Mínimo de 1962, uma vez que, em relação à formação geral, as habilidades, citadas acima, propõem que a atuação do psicólogo seja apoiada na prática do exame, do diagnóstico, da observação e análise do comportamento.

Neste contexto e sendo tributário das concepções de processo doença-cura e de suas estratégias de cuidado, parece que o perfil esperado do psicólogo traçado nas Diretrizes ainda manteria uma forte relação com a idéia de ajustamento e prevenção. Assim, o profissional continuaria a ser formado para utilizar-se das estratégias de recuperação e prevenção dos comportamentos desajustados e dos problemas emocionais, tomando o sujeito que sofre como um agente passivo e individualizado num processo de carência-suprimento.

As ênfases curriculares que as Diretrizes sugerem como possíveis nos remetem ao que já foi comentado em relação às habilidades e competências, qual seja, que as mesmas estão restritas às áreas já tradicionais da Psicologia: uma ligada a Pesquisa, uma a Educação, duas à Clínica e uma à Saúde. Pode-se, assim, dificultar a ampliação e aprofundamento em outras áreas de atuação e conhecimento da Psicologia, pois os formandos, caso os cursos sigam estas ênfases ou outras assemelhadas, ficarão limitados às áreas já consolidadas. Poderão não ser ampliados ou propostos avanços para outras direções, como pretendem as Diretrizes nos seus princípios e compromissos da formação do profissional.

Podemos afirmar que as Diretrizes aspiram a um novo perfil para o psicólogo, diferente do proposto na Lei 4.119, que criou a profissão no Brasil e do Currículo Mínimo. Naquele momento, a regulamentação representava o clamor por um profissional que respondesse às questões emocionais/comportamentais e de ajustamento por meio do paradigma doença-cura, como afirmamos anteriormente.

As exigências contemporâneas feitas às diversas profissões e à Psicologia, notadamente de ordem econômica e política, levaram tanto a alteração das práticas profissionais e de seu papel social, como das demandas feitas às Universidades e aos cursos

de Graduação. Tal constatação fica evidente na LDB e sua proposta neoliberal para a Educação em todos os níveis, tendo como base a mínima regulamentação dos currículos e a máxima resposta às exigências do mercado de trabalho, de uma formação breve e de cunho técnico/instrumental.

Apesar disto, graças à mobilização de várias entidades ligadas à formação e ao exercício da profissão, conseguiu-se uma participação e discussão das propostas das Diretrizes por vários segmentos da área. O objetivo era reverter o interesse de grupos que pretendiam uma formação ainda mais tecnicista e especializada, já durante a Graduação, como tem acontecido em outras profissões de várias áreas, inclusive da Saúde.

Mesmo assim, a formação em Psicologia não conseguiu ficar completamente alheia às questões políticas e educacionais neoliberais. De um lado, as Diretrizes Curriculares da Psicologia têm como um dos princípios uma formação básica sólida, conquista herdada principalmente das propostas da CEPP 1995, do Fórum Nacional de Formação de 1997 e do FENB de 2002. Esta formação teria o objetivo de suprir a atuação deste profissional em vários contextos e espaços onde fosse necessária. Por outro lado, as Diretrizes cederam às pressões de uma formação tecnicista, ligada ao ensino e aprendizagem de conteúdos meramente instrumentais, de acordo com os princípios neoliberais da LDB, e vinculados à tradição de uma Psicologia clássica.

Esta situação poderia indicar um outro paradoxo. Podemos identificar outras tendências antagônicas nas Diretrizes Curriculares da Psicologia, principalmente no que se refere ao perfil geral deste profissional, a saber: afirmam o entendimento do fenômeno psicológico como multideterminado e complexo e também mantém sua adesão ao modelo preventivo-comunitário, propondo uma atuação por meio do diagnóstico, da observação e da intervenção tanto individuais como grupais, com fins terapêuticos nomatizadores ou adaptativos e preventivos vinculados ao processo doença-cura.

Não que o perfil profissional precisasse ser homogêneo, ou não ter espaço para práticas distintas e variadas, mas estes antagonismos podem ser profundos e talvez inconciliáveis.

Compartilhamos da premissa de que o perfil profissional não precisa e nem deve ser homogêneo. Entendemos que as Diretrizes ao definir o fenômeno psicológico como complexo e multideterminado reconhece a necessidade de múltiplos e diversos referenciais teórico-técnico-políticos. Tal situação requer a convivência de uma multiplicidade de concepções, propostas e interesses, sobretudo a criação de mecanismos de mediação dos conflitos dela decorrentes.

De forma geral, o texto das Diretrizes não faz nenhuma referência direta à atuação do psicólogo no campo da Saúde Mental e consequentemente, também não se refere às habilidades para a atuação nesta área. Como já foi relatado, há referência direta para a formação que deve capacitá-lo para a atenção à Saúde.

As temáticas ligadas à Saúde Mental ficaram dispersas nas competências e habilidades exigidas do aluno, não sendo necessário que as mesmas fiquem restritas ao âmbito das disciplinas, como vinha ocorrendo, até então, com as de Psicopatologia e/ou Saúde Mental.

Quando avançamos no raciocínio da não existência de referências específicas ou gerais ao campo da Saúde Mental nas Diretrizes, nos deparamos com duas possibilidades de entendimento.

A primeira diz respeito ao fato de que as Diretrizes sinalizam que as orientações aplicáveis ao campo da Saúde poderiam ser transportadas, sem nenhum tipo de ajuste ou reconsideração, à Saúde Mental.

Como já definimos no início deste trabalho, entendemos a Saúde como um processo histórico e social e um campo interdisciplinar, que abrange as questões de promoção, proteção e recuperação da saúde do ponto de vista orgânico/fisiológico, social e psíquico, sendo a Saúde Mental um campo de atuação dentro da Saúde, compartilhando das mesmas determinações históricas e sociais, que têm como meta o cuidado do sofrimento psíquico em seus vários aspectos. Esta transposição de referências pode ter aspectos positivos e negativos, visto que o psicólogo é um profissional que pode atuar tanto no campo da Saúde, da Saúde Mental e como em outros.

Se as Diretrizes entendem a Saúde Mental como uma subárea da Saúde, isto provavelmente implica que as questões da estruturação, normas, diretrizes, políticas públicas e do SUS devam estar presentes e influenciar a formação e atuação dos profissionais para a Saúde Mental. Deste modo, as questões da saúde, educação, trabalho, entre outros, seriam componentes importantes para a formação deste profissional, o que estaria de acordo com as orientações das CNSM, da Oficina Nacional da ABEP e dos autores que utilizamos como fundamentação teórica deste trabalho.

As Diretrizes Curriculares, ao colocarem que a formação deva habilitar o psicólogo para a atenção ao campo da Saúde, realizam um avanço importante, pois favoreceria a discussão sobre as atuações e a formação necessárias para o complexo campo da Saúde, o que tem sido negligenciado, até então, na maioria dos cursos de Psicologia do país.

Apesar disto, haveria o risco, da maneira como é colocado no documento, de induzir ao entendimento do psicólogo como um profissional unicamente da Saúde levando a um

reducionismo, como já referido anteriormente.

Entre os aspectos negativos, marcados pelo fato das Diretrizes não fazerem referências da atuação do psicólogo na Saúde Mental, está que poderão conduzir a vários entendimentos do papel e da formação do profissional neste particular, com maior ou menor senso crítico. Também poderão reafirmar, como citamos, as concepções de saúde/doença mental e de tratamento propostos pelo Modelo Psiquiátrico Preventivo-Comunitário inspiradores do Currículo Mínimo anterior, como parece indicar o artigo 12º § 1º, referente a uma das sugestões possíveis de ênfases curriculares:

d) Psicologia e processos de prevenção e promoção da saúde que consiste na concentração em competências que garantam ações de **caráter preventivo**, em nível individual e coletivo, voltadas a capacitação de indivíduos, grupos, instituições e comunidades para protegerem e promoverem a saúde e qualidade de vida, em diferentes contextos em que tais ações possam ser demandadas; [...]. (BRASIL, 2004a, grifo nosso).

Embora o texto acima denomina uma proposta de ênfase como *Psicologia e processos de prevenção e promoção da saúde*, cujo objetivo é a proteção e a promoção da saúde e da qualidade de vida, ele também reafirma a necessidade de formar o psicólogo com competência para desenvolver ações de caráter preventivo, em nível individual e coletivo, voltadas a capacitação de indivíduos, grupos, instituições e comunidades tal como propõe Modelo Psiquiátrico Preventivo-Comunitário.

A segunda possibilidade de entendimento sobre a inexistência de referências específicas nas Diretrizes à formação do psicólogo para a atuação na Saúde Mental, seria a de que o mesmo não necessite ter em sua formação habilidades e competências que o preparassem para esta atuação e/ou que não seja um campo de sua atuação.

A contextualização que fizemos sobre a Reforma Psiquiátrica, a Psicologia e o campo da Saúde Mental, justamente, aponta em outra direção. O psicólogo está cada vez mais inserido nos serviços de Saúde Mental, pois há um vasto campo de trabalho na área e, assim, a formação deve habilitá-lo para esta atuação. Alguns cursos já têm contribuído, mas muito ainda pode e deve ser realizado para viabilizar as transformações necessárias.

Julgamos que este posicionamento, pelo que foi apresentado, não é o que se apresenta nas Diretrizes. Provavelmente o entendimento anterior, o qual considera o que se aplica a formação à Saúde possa ser estendido à Saúde Mental, é o que pode expressar melhor o proposto pelas Diretrizes, sobre a formação do psicólogo para a Saúde Mental.

As Diretrizes Curriculares ao não se referirem à formação do psicólogo para a área da Saúde Mental não nos permitiram analisar, de forma direta, a orientação do esperado para esta formação, do referencial e entendimento sobre o sofrimento psíquico, assim como desta atuação. Só pudemos fazê-lo de forma indireta, utilizando a análise do perfil geral deste profissional e de sua atuação na Saúde e tentar supor qual o entendimento da formação e atuação na Saúde Mental presentes nas Diretrizes Curriculares.

Cabe ressaltar que a falta de especificidade nas Diretrizes Curriculares, no tocante ao entendimento e habilidades necessários para determinado campo de atuação, como o da Saúde Mental, ocorre nas outras áreas como a Organizacional, Escolar e Clínica, a exemplo. As Diretrizes colocam as habilidades e competências do psicólogo de forma bastante generalizada, ou seja, para que possam servir aos diversos campos de atuação deste profissional. As especificações de outras habilidades e competências seriam de responsabilidade das ênfases curriculares definidas pelos próprios cursos.

É facultada às universidades e demais instituições de ensino a liberdade de rever seus cursos e a tarefa de elaborar, mais detalhadamente, o que entende por cada área de atuação, a duração dos cursos, a definição das ênfases e das habilidades necessárias para viabilizá-las. Cabe ao MEC e as próprias instituições de ensino a avaliação da qualidade dos cursos de Psicologia. É possível, uma vez mais, identificar a presença da filosofia neoliberal da LDB nas Diretrizes dos cursos de Graduação. Mesmo assim, no caso da Psicologia, parece haver uma tendência de direcionamento do perfil do profissional da área para o campo da Saúde que, pelos argumentos e críticas já citadas, poderá levar a uma distorção na formação destes profissionais e ameaçar o objetivo das Diretrizes da formação generalista almejada.

Sintetizando o perfil geral do psicólogo nas Diretrizes, chegamos às constatações de que o psicólogo deve ter o entendimento geral do fenômeno psicológico como complexo e multideterminado, e produzido socioculturalmente. Entretanto, as Diretrizes, na especificação das ações deste profissional, parecem afirmar a Saúde como único campo de atuação como consta principalmente no artigo 4º., contradizendo o entendimento, formulado em seus princípios gerais, que o psicólogo deva ter uma formação que o habilite a atuação em diversos campos. As Diretrizes parecem indicar que esta atuação se realize na perspectiva do modelo de ajustamento e preventivo, como já apontado. Qual seja, por meio da recuperação, prevenção, promoção da saúde psicológica com uma ação individual ou coletiva, e na melhor das perspectivas, por intermédio de uma equipe de trabalho multiprofissional. As competências e habilidades, como afirmadas nas Diretrizes Curriculares, poderão direcionar a prática deste profissional na perspectiva do modelo Preventivo-Comunitário vigente na Saúde

e na Saúde Mental. A utilização deste modelo não será suficiente para o que se espera de um profissional implicado com a atuação e as necessidades do campo da Saúde, segundo a definição que utilizamos. Do mesmo modo, não o será para a atuação na Saúde Mental, sob a perspectiva da Reforma Psiquiátrica e da Atenção Psicossocial, conforme nos referimos neste trabalho.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Esperamos que com este trabalho possamos ter contribuído para a reflexão sobre como se constituiu historicamente a formação do psicólogo no Brasil e a sua atuação no campo da Saúde Mental. Especificamente pretendíamos analisar o perfil do psicólogo proposto nas Diretrizes Curriculares Nacionais para os Cursos de Psicologia e o esperado da formação deste para a área da Saúde Mental.

A maioria dos cursos de Psicologia do país ainda está em processo de adequação para a implementação destas Diretrizes, não sendo possível termos uma visão clara das conseqüências para a formação e exercício da Psicologia.

Pela própria estrutura das Diretrizes e da política educacional vigente, talvez as Diretrizes possam ter um peso maior ou menor nesta formação. Pois, como já afirmado, apresentam referenciais gerais, cabendo as instituições de ensino a especificação destes parâmetros e aos grupos sociais organizados a pressão para que o façam em uma ou outra direção.

Deste modo, as Diretrizes poderão possibilitar aos cursos que já possuem uma discussão sobre o papel social do psicólogo e suas práticas, junto com a democratização e participação dos envolvidos nesta formação (professores, alunos, funcionários e a comunidade), ressaltar e acrescentar pontos das Diretrizes no tocante a Saúde Mental. Como resultante, estes cursos poderão oferecer uma formação mais compassada com o movimento da Reforma Psiquiátrica e da Atenção Psicossocial, com maior proximidade entre os serviços de Saúde Mental e os formandos, no oferecimento de vivências, estágios, pesquisas, atividades de extensão, eventos e grupos de estudo.

Em outro extremo talvez tenhamos cursos que sigam estritamente as orientações das Diretrizes, seja por não terem constituído uma identidade como curso ou por terem interesse numa formação puramente técnica-instrumental. Tais cursos continuarão a propiciar uma formação na Saúde Mental completamente dissociada do que seria necessária para o campo, como tem ocorrido na maioria dos cursos, sem seguir um referencial nítido para embasar esta atuação.

Pode ser que tenhamos ainda outro grupo de cursos, que sigam as orientações da atuação do campo da Saúde, veiculadas nas Diretrizes, e as transportem para a Saúde Mental. Estes provavelmente irão propiciar uma formação orientada pelo modelo da Psiquiatria Preventiva-Comunitária, conforme já apontamos anteriormente. Desta forma, estes cursos dificultariam ou inviabilizariam uma formação condizente com as necessidades da área e a

superação do Modo Asilar/Manicomial. Tomar este referencial poderá levar o psicólogo a ser um instrumento de atenuação dos conflitos sociais, vistos como causadores dos transtornos mentais e, com esta prática, realizar uma promoção da Saúde Mental baseada no Preventivismo.

Uma das questões que influenciaram a dissociação entre a formação do psicólogo e a atuação no campo da Saúde Mental está relacionada intimamente com o próprio processo histórico da constituição do perfil deste profissional no Brasil.

O ideário social da profissão, dos alunos que procuram esta formação, das entidades relacionadas à formação e exercício da profissão e dos cursos de Graduação, ainda hegemônico, é de um profissional que atuaria no campo da psicoterapia individual em consultórios, tratando de problemas emocionais ou de relacionamento. Chamamos este modelo de atuação de clínico restrito.

Tal modelo tem se alterado muito lentamente e, em consequência disto, vem ocasionando sua mera transposição para outros campos de intervenção. Especialmente para aqueles voltados para o cuidado de pessoas diagnosticadas com transtornos neuróticos graves, transtornos psicótico e muitas vezes com longa história de internações psiquiátricas, cujas situações exigem estratégias diversas e uma atuação, não apenas interprofissional, mas interdisciplinar ou transdisciplinar.

Esta alteração tem ocorrido apesar de uma formação restrita, graças aos movimentos sociais como o da Luta Antimanicomial e às entidades profissionais de Psicologia. Mesmo assim, tem propiciado ao psicólogo vários embasamentos teórico-técnico-políticos necessários para a atuação em contextos diversos e complexos, não só na atuação no campo da Saúde Mental, mas em todos os outros que o psicólogo possa atuar.

As lacunas encontradas nas Diretrizes sobre a atuação do psicólogo no campo da Saúde Mental conduz à necessidade de mais discussões sobre a atuação na Saúde Mental com os atores envolvidos: os serviços de saúde, os órgãos governamentais, entidades profissionais e a comunidade acadêmica. A discussão deve objetivar o aprofundamento do debate sobre a formação deste profissional e das necessidades da área da Saúde Mental. É igualmente necessária a realização de pesquisas sobre a implementação e os impactos das Diretrizes nos cursos de Psicologia e na formação profissional.

Enfatizamos ser imprescindível a continuação da discussão sobre o papel social e da formação do psicólogo como um todo. Pois deste modo poderemos conciliar, de forma dinâmica, os interesses do mercado de trabalho, dos que buscam esta formação, dos profissionais, dos órgãos formadores e da população que utiliza seus serviços.

REFERÊNCIAS

AMARANTE, Paulo. A (Clínica) e a Reforma Psiquiátrica. In: AMARANTE, P. (coord) **Archivos de Saúde Mental e Atenção Psicossocial**. Rio de Janeiro: Nau, 2003, p. 45-65.

AMARANTE, Paulo. **Loucos pela Vida - A Trajetória da Reforma Psiquiátrica no Brasil**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1998.

AMARANTE, Paulo. **O Homem e a Serpente – Outras Histórias para a Loucura e a Psiquiatria**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1996.

AMORIN, Sandra, M. F. Loucura, Política e Ética: A Formação do Psicólogo em Questão. In: CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA (org). **Loucura, Ética e Política: Escritos Militantes**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2003, p. 220-229.

AROUCA, Sérgio. **O Dilema Preventivista – Contribuição para a Compreensão e Crítica da Medicina Preventiva**. São Paulo: Editora Unesp; Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ENSINO DE PSICOLOGIA. **A Presença Qualificada no SUS Como Desafio Para a Psicologia: Propostas da Oficina Nacional da ABEP**. Brasília: Ministério da Saúde/Ministério da Educação/Organização Panamericana de Saúde, 2006.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ENSINO DE PSICOLOGIA. Primeiro Projeto de Curso de Psicologia – Instituto de Psicologia do Ministério da Educação e Saúde. 2007. **Documentos sobre Formação em Psicologia**. Disponível em: <<http://www.abepsi.org.br/abep/LinhadoTempo.aspx>>. Acesso em: 18 de jun. 2007. Não paginado.

ASSOCIAÇÃO NACIONAL DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA. Carta da ANPEPP ao Ministro da Educação de 03 de dezembro de 2001. Disponível em: <<http://www.abepsi.org.br/abep/LinhadoTempo.aspx>>. Acesso em: 18 de jun. 2007. Não paginado.

BATISTA, M. I. F. C. **A Formação do Psicólogo em Questão: Hiato entre a Formação Acadêmica e Realidade Social**. Dissertação (Mestrado em Educação) - Faculdade de Ciências e Letras, Universidade Estadual Paulista, Araraquara, 2000.

BOARINI, Maria L. A Formação (necessária) do Psicólogo para Atuar na Saúde Pública. **Psicologia em Estudo**. Maringá, v. 1, n.º 1, janeiro-junho, p. 93-132, 1996.

BOCK, Ana M. B. **As Aventuras do Barão de Munchausen na Psicologia**. São Paulo: Educ/Fapesp/Cortez, 1999.

BOCK, Ana M. B. Formação do Psicólogo: um Debate a partir do Significado do Fenômeno Psicológico. **Psicologia Ciência e Profissão**. Brasília, v. 17, n.º 2, p. 37-42, 1997.

BRASIL. Conselho Federal de Educação. Parecer nº. 403/62 de 1962. Fixa o Currículo Mínimo e a Duração do Curso de Psicologia. 1962a. Disponível em: <http://www.abepsi.org.br/abepsi/linha_do_tempo/memoria/docs/fr_1962_2.htm>. Acesso em: 17 jun. 2004. Não paginado.

BRASIL. Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Superior. Parecer CNE/CES nº. 1133/2001 de 07 de agosto de 2001. Diretrizes Curriculares Nacionais dos Cursos de Graduação em Enfermagem, Medicina e Nutrição. 2001a. Disponível em: <<http://www.google.com/search?q=cache:qwKolSmRbJUU:portal.mec.gov.br/cne/arquivos/pdf/CES1133.pdf+Parecer-CNE/CES+n%C2%BA+1.133&hl=pt-BR&ct=clnk&cd=1&gl=br>>. Acesso em: 08 jul. 2007. Não paginado.

BRASIL. Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Superior. Parecer CNE/CES nº. 1210/2001 de 12 de setembro de 2001. Diretrizes Curriculares Nacionais dos Cursos de Graduação em Fisioterapia, Fonoaudiologia e Terapia Ocupacional. 2001b. Disponível em: <http://portal.mec.gov.br/cne/arquivos/pdf/pces1210_01.pdf>. Acesso em: 08 jul. 2007.

BRASIL. Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Superior. Parecer CNE/CES 0062/2004 de 19 de fevereiro de 2004. Diretrizes Curriculares Nacionais para o Curso de Graduação em Psicologia. 2004a. Disponível em: <http://www.abepsi.org.br/abepsi/linha_do_tempo/memoria/docs/fr_2004_2.htm>. Acesso em: 17 jun. 2004. Não paginado.

BRASIL. Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Superior. Parecer CNE nº. 1314/2001 de 07 de novembro de 2001. Diretrizes Curriculares Nacionais para o Curso de Graduação em Psicologia. 2001c. Disponível em: <<http://www.abepsi.org.br/abep/LinhadoTempo.aspx>>. Acesso em: 18 de jun. 2007. Não paginado.

BRASIL. Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Superior. Parecer MEC-CNE nº. 072/2002 de 20 de fevereiro de 2002. Diretrizes Curriculares Nacionais para o Curso de Graduação em Psicologia. Disponível em: <http://www.abepsi.org.br/abepsi/linha_do_tempo/memoria/docs/fr_2002_2.htm>. Acesso em: 17 jun. 2004. Não paginado.

BRASIL. Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Superior. Resolução CNE/CES nº. 3 de 07 de novembro de 2001. Institui as Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Enfermagem. 2001d. Disponível em: <<http://portal.mec.gov.br/cne/arquivos/pdf/CES03.pdf>>. Acesso em: 08 de jul. 2007.

BRASIL. Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Superior. Resolução CNE/CES nº. 4 de 07 de novembro de 2001. Institui as Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina. 2001e. Disponível em: <<http://portal.mec.gov.br/cne/arquivos/pdf/CES04.pdf>>. Acesso em: 08 de jul. 2007.

BRASIL. Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Superior. Resolução CNE/CES nº. 5 de 07 de novembro de 2001. Institui as Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Nutrição. 2001f. Disponível em: <<http://portal.mec.gov.br/cne/arquivos/pdf/CES05.pdf>>. Acesso em: 08 de jul. 2007.

BRASIL. Ministério da Educação/Conselho Nacional de Educação. Parecer MEC-CNE nº. 776/97 de 03 de outubro de 1997. Orientação para as Diretrizes Curriculares dos Cursos de Graduação. Disponível em: <http://www.abepsi.org.br/abepsi/linha_do_tempo/memoria/docs/fr_1997_2.htm>. Acesso em: 17 jun. 2004. Não paginado.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº. 287 de 08 de outubro de 1998. Disponível em: < <http://conselho.saude.gov.br/docs/Reso287.doc>>. Acesso em: 01 de ago. 2007.

BRASIL. Ministério do Trabalho e Previdência Social. Secretaria de Assistência Médica. Instituto Nacional de Previdência Social. **Manual de Serviço da Assistência Psiquiátrica**. Brasília: INPS, 1973.

BRASIL. Presidência da República. Lei 4.024 de 20 de dezembro de 1961. Fixa as Diretrizes e Bases da Educação Nacional. 1961. Disponível em: <<http://www6.senado.gov.br/legislacao/ListaTextoIntegral.action?id=75529>>. Acesso em: 01 de ago. 2007.

BRASIL. Presidência da República. Lei 4.119 de 26 de agosto de 1962. Dispõe sobre os Cursos de Formação em Psicologia e Regulamenta a Profissão de Psicólogo. 1962b. Disponível em: <http://www.abepsi.org.br/abepsi/linha_do_tempo/memoria/docs/fr_1962_2.htm>. Acesso em: 17 jun. 2004. Não paginado.

BRASIL. Presidência da República. Lei 9.131 de 24 de novembro de 1995. Altera dispositivos da Lei 4.024 de 20 de dezembro de 1961. 1995. Disponível em:

<http://www.pen.uem.br/legislacao/LEI_9131-95_CNE.htm>. Acesso em: 24 jun. 2007. Não paginado.

BRASIL. Presidência da República. Lei 9.394 de 20 de dezembro de 1996. Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional. 1996. Disponível em: <<http://portal.mec.gov.br/sesu/arquivos/pdf/Resolucoes/lei9394-2006.pdf>>. Acesso em: 07 jun. 2007.

BRASIL. Presidência da República. Lei 10.172 de 9 de janeiro de 2001. Plano Nacional de Educação. 2001g. Disponível em: <<http://portal.mec.gov.br/arquivos/pdf/lei10172.pdf>>. Acesso em: 24 jun. 2007.

BRASIL. Presidência da República. Lei 10.216 de 6 de abril de 2001. **Legislação em Saúde Mental: 1990 – 2004**. Brasília: Ministério da Saúde, p. 17-19, 2004b.

BUETTNER, Glória E. B. P. Von. **Diretrizes Curriculares em Psicologia: Discursos de Resistência**. Tese (Doutorado em Ciências-Psicologia) - Instituto de Psicologia e Fonoaudiologia – Pontifícia Universidade Católica, Campinas, 2000.

BUSS, Paulo M. Promoção da Saúde e Qualidade de Vida. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 5, n.1, p.163–177, 2000.

CAPLAN, Gerald. **Princípios de Psiquiatria Preventiva**. Rio de Janeiro: Zahar, 1980.

COIMBRA, Cecília M. **Guardiães da Ordem – Uma Viagem pelas Práticas Psi no Brasil do “Milagre”**. Rio de Janeiro: Oficina do Autor, 1995.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. **Carta de Serra Negra**. Serra Negra, 1992. Disponível em: <<http://www.abepsi.org.br/abep/LinhadoTempo.aspx>>. Acesso em: 20 jul. 2007. Não paginado.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. **Fórum Nacional de Formação - Parâmetros para a Formação**. Ribeirão Preto, 1997. Disponível em: <<http://www.abepsi.org.br/abep/LinhadoTempo.aspx>>. Acesso em: 20 jul. 2007. Não paginado.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. **Psicólogo Brasileiro: Construção de Novos Espaços**. Campinas: Átomo, 1992.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. **Psicólogo Brasileiro: Práticas Emergentes e Desafios para a Formação.** São Paulo: Casa do Psicólogo, 1994.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. **Quem é o Psicólogo Brasileiro.** São Paulo: Edicon/Educ, 1988.

CONSELHO REGIONAL DE PSICOLOGIA DE SÃO PAULO - 6ª. REGIÃO. **Linha do Tempo.** 2007. Disponível em: http://www.crpssp.org.br/linha/linha_do_tempo/memoria/home.htm. Acesso em: 27 de jul. 2007.

CONSELHO REGIONAL DE PSICOLOGIA DE SÃO PAULO - 6ª. REGIÃO. Pesquisa não está entre as prioridades dos cursos de Psicologia. **PSI – Jornal de Psicologia do CRP-SP.** São Paulo, nº. 133, p. 07, jul. – set. 2002.

CONSELHO REGIONAL DE PSICOLOGIA DE SÃO PAULO - 6ª. REGIÃO. Pesquisa revela o perfil completo do profissional no País. **PSI – Jornal de Psicologia do CRP-SP.** São Paulo, nº. 141, p. 10-11, jul. - set. 2004.

CONSELHO REGIONAL DE PSICOLOGIA DE SÃO PAULO - 6ª. REGIÃO. **Psicologia: Formação, Atuação Profissional e Mercado de Trabalho.** São Paulo: CRP-SP, 1995.

COSTA, Jurandir F. **História da Psiquiatria no Brasil – Um Corte Ideológico.** 4ª. ed. Rio de Janeiro: Xenon, 1989.

COSTA-ROSA, Abílio. O Modo Psicossocial: um Paradigma das Práticas Substitutivas ao Modo Asilar. In: AMARANTE, P. (org). **Ensaio – Subjetividade, Saúde Mental e Sociedade.** Rio de Janeiro: Fiocruz, 2000, p. 141-168.

COSTA-ROSA, Abílio. **Saúde Mental Comunitária: análise dialética de um movimento alternativo.** Dissertação (Mestrado em Psicologia Social) – Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo, 1987.

COSTA-ROSA, Abílio; LUZIO, Cristina A.; YASUI, Sílvia. Atenção Psicossocial - Rumo a um Novo Paradigma na Saúde Mental Coletiva. In: AMARANTE, Paulo. (coord) **Archivos de Saúde Mental e Atenção Psicossocial.** Rio de Janeiro: Nau, 2003, p. 13-44.

DIMENSTEIN, Magda D. B. O Psicólogo nas Unidades Básicas de Saúde: Desafios para a Formação e Atuação Profissionais. **Estudos de Psicologia.** Natal, v.3, nº 1, jan/jun, 1998. Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413294X1998000100004&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 24 jun. 2005.

FÓRUM DE ENTIDADES EM PSICOLOGIA. **Documento do Fórum de Entidades em Psicologia – Projeto de Resolução para Diretrizes Curriculares** de janeiro de 2002. Disponível em: <<http://www.abepsi.org.br/abep/LinhadoTempo.aspx>>. Acesso em: 18 de jun. 2007. Não paginado.

FÓRUM DE ENTIDADES EM PSICOLOGIA/SOCIEDADE BRASILEIRA DE PSICOLOGIA. **Documento Construído Entre o Fórum de Entidades em Psicologia e a SBP - Proposta para Diretrizes Curriculares** de fevereiro de 2004. Disponível em: <<http://www.abepsi.org.br/abep/LinhadoTempo.aspx>>. Acesso em: 18 de jun. 2007. Não paginado.

FÓRUM DE ENTIDADES NACIONAIS DA PSICOLOGIA BRASILEIRA. Disponível em: <<http://www.fenpb.org.br/oficios.aspx>>. Acesso em: 05 jul. 2007. Não paginado.

KINOSHITA, Roberto T.; ZONTA, Celso. O Programa de Saúde Mental de Bauru. In: CAPISTRANO FILHO, David; PIMENTA, Aparecida L. (orgs). **Saúde para Todos: Um Desafio ao Município. A Resposta de Bauru**. São Paulo: Hucitec, 1989, p. 92-96.

LANCETTI, Antônio. Prevenção, Preservação e Progresso em Saúde Mental. In: LANCETTI, Antônio et al. **Saúde e Loucura n. 1**. São Paulo: Hucitec, 1989, p. 75-89.

LEAVELL, Hugh R.; CLARK, Edwin G. **Medicina Preventiva**. Rio de Janeiro: McGraw-Hill do Brasil, 1976.

LUZIO, Cristina. A. **A Atenção em Saúde Mental em Municípios de Pequeno e Médio Portes: Ressonâncias da Reforma Psiquiátrica**. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) - Faculdade de Ciências Médicas, Universidade de Campinas, Campinas, 2003.

LUZIO, Cristina A. **Encontros e Desencontros com os “Mitos” da Psicologia Clínica: o Significado do Estágio para os Alunos do Curso de Graduação em Psicologia**. Dissertação (Mestrado em Psicologia Clínica) - Pontifícia Universidade Católica, São Paulo, 1989.

LUZIO, Cristina A. **O Psicólogo na Saúde Pública: A Busca de identidade**. Assis: Faculdade de Ciências e Letras de Assis, 1995. (mimeo).

MACHADO, R. et al. **Danação da Norma: Medicina Social e Constituição da Psiquiatria no Brasil**. Rio de Janeiro: Graal, 1978.

MELLO, Sylvia L. Currículo: Quais Mudanças Ocorreram desde 1962? **Psicologia Ciência e Profissão**. Brasília, v. 9, nº 1/89, p. 16-18, 1989.

MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO E CULTURA. Secretaria de Ensino Superior. Comissão de Especialistas em Ensino de Psicologia. **Contribuições Para Reestruturação Curricular e Avaliação dos Cursos**. 1995. Disponível em: <<http://www.abepsi.org.br/abep/LinhadoTempo.aspx>>. Acesso em: 18 de jun. 2007. Não paginado.

MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO E CULTURA. Secretaria de Educação Superior. Comissão de Especialistas em Ensino de Psicologia. **Proposta de Diretrizes Curriculares para o Curso de Graduação em Psicologia de 09 de dezembro de 1999**. Disponível em: <<http://www.abepsi.org.br/abep/LinhadoTempo.aspx>>. Acesso em: 18 de jun. 2007. Não paginado.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **I Conferência Nacional de Saúde Mental: Relatório Final/8ª. Conferência Nacional de Saúde**. Brasília: Centro de Documentação do Ministério da Saúde, 1988, p. 9-31. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/CNS_mental.pdf>. Acesso em: 27 set. 2007.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Governo Federal discute mudanças nos cursos de graduação da área de saúde. 2004. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/aplicacoes/noticias/noticias_detalhe.cfm?co_seq_noticia=10976> Acesso em: 18 abr. 2006.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Relatório Final da 2ª. Conferência Nacional de Saúde Mental**. Brasília: Secretaria de Assistência à Saúde, 1994.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Relatório Final da 8ª. Conferência Nacional de Saúde**. 1986. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/8conf_nac_rel.pdf>. Acesso em: 27 set. 2007.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Relatório Final da III Conferência Nacional de Saúde Mental**. Brasília: Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde, 2002.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação em Saúde. Ver-SUS/Brasil. 2007. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/sgtes/visualizar_texto.cfm?idtxt=22371>. Acesso em: 01 de

ago. 2007.

ONOCKO-CAMPOS, R. Clínica: a Palavra Negada – Sobre as Práticas Clínicas nos Serviços Substitutivos de Saúde Mental. **Saúde em Debate**, 25(58), p. 98-111, 2001.

PESSOTTI, Isaías. Notas para uma História da Psicologia Brasileira. In: CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. **Quem é o Psicólogo Brasileiro**. São Paulo: Edicon/Educ, 1988, p. 17-31.

REIS, José R. F. "De Pequeno é que se Torce o Pepino": A Infância nos Programas Eugênicos da Liga Brasileira de Higiene Mental. **História, Ciências, Saúde-Manguinhos**, Rio de Janeiro, v. 7, n. 1, 2000. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010459702000000200007&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 04 mar. 2007.

REZENDE, Heitor. Política de Saúde Mental no Brasil: Uma Visão Histórica. In: TUNDIS, Sivério A.; COSTA, Nilson R. (orgs). **Cidadania e Locura - Políticas de Saúde Mental no Brasil**. Petrópolis: Vozes, 1987, p.16-69.

RIBEIRO, Sérgio L. A Criação do Centro de Atenção Psicossocial Espaço Vivo. **Psicologia Ciência e Profissão**, 2004, 24 (3), 92-99. Disponível em: <http://revistacienciaeprofissao.org/artigos/24_03/artigo11_1.htm>. Acesso em: 18 jun. 2005.

ROTELLI, Franco et al. Desinstitucionalização, Uma Outra Via. In: NICÁCIO, Fernanda (org.). **Desinstitucionalização**. São Paulo: Hucitec, 1990, p.17-59.

SILVA, Rosalina C. A Formação em Psicologia para o Trabalho na Saúde Pública. In: CAMPOS, Florianita C. B. (org). **Psicologia e Saúde – Repensando práticas**. São Paulo: Hucitec, 1992. p. 25-40.

SPINK, Mary J. P. (coord.); BERNARDES, Jefferson, S.; MENEGON, Vera S. M. **A Psicologia em Diálogo com o SUS: Prática Profissional e Produção Acadêmica**. Associação Brasileira de Ensino de Psicologia, 2006. Disponível em: <http://www.abepsi.org.br/abep/Relatorio_pesquisa_ABEP.pdf>. Acesso em: 01 de ago. 2007.

TENÓRIO, F. A Reforma Psiquiátrica Brasileira da Década de 1980 aos Dias Atuais, História e Conceito. **História, Ciências, Saúde-Manguinhos**, Rio de Janeiro, v. 9 (1): 25-29, jan-abr. 2002.

TEIXEIRA, Mirna B. **Empoderamento de Idosos em Grupos Direcionados à Promoção da Saúde**. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) - Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, 2002.

TOZONI-REIS, José R. A Profissão de Psicólogo: Ideologia do Clinicalismo. **Revista Vertentes**. Assis, v. 6, p. 69-96, 2002.

VASCONCELOS, Eduardo. Mundos Paralelos, Até Quando? Os Psicólogos e o Campo da Saúde Mental Pública no Brasil nas Últimas Décadas. In: JACÓ-VILELA, Ana M. et al. Clio-Psyché: **Histórias da Psicologia no Brasil**. Rio de Janeiro: UERJ/NAPE, 1999. Disponível em: <<http://www2.uerj.br/~cliopsyche/site/livros/clio1/mundosparalelosatequando.htm>>. Acesso em: 19 mar. 2006.

YASUI, Silvio. **Rupturas e Encontros: Desafios da Reforma Psiquiátrica Brasileira**. Tese (Doutorado em Saúde Pública) - Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2006.

ANEXO 1**CONSELHO NACIONAL DE EDUCAÇÃO
CÂMARA DE EDUCAÇÃO SUPERIOR****RESOLUÇÃO Nº 8, DE 7 DE MAIO DE 2004.(*)****Institui as Diretrizes Curriculares Nacionais
para os cursos de graduação em Psicologia.**

O Presidente da Câmara de Educação Superior do Conselho Nacional de Educação, tendo em vista o disposto no Art. 9º, do § 2º, alínea “c”, da Lei 9.131, de 25 de novembro de 1995, e com fundamento nos Pareceres CNE/CES 1.314, de 7 de novembro de 2001, retificado pelo CNE/CES 72, de 19 de fevereiro de 2002, em adendo ao CNE/CES 62, de 19, de fevereiro de 2004, homologado pelo Senhor Ministro de Estado da Educação em 12 de abril de 2004, resolve:

Art. 1º A presente Resolução institui as Diretrizes Curriculares Nacionais para os cursos de graduação em Psicologia, a serem observadas pelas Instituições de Ensino Superior do País.

Art. 2º As Diretrizes Curriculares para os cursos de graduação em Psicologia constituem as orientações sobre princípios, fundamentos, condições de oferecimento e procedimentos para o planejamento, a implementação e a avaliação deste curso.

Art. 3º O curso de graduação em Psicologia tem como meta central a formação do Psicólogo voltado para a atuação profissional, para a pesquisa e para o ensino de Psicologia, e deve assegurar uma formação baseada nos seguintes princípios e compromissos:

- a) Construção e desenvolvimento do conhecimento científico em Psicologia;
- b) Compreensão dos múltiplos referenciais que buscam apreender a amplitude do fenômeno psicológico em suas interfaces com os fenômenos biológicos e sociais;
- c) Reconhecimento da diversidade de perspectivas necessárias para compreensão do ser humano e incentivo à interlocução com campos de conhecimento que permitam a apreensão da complexidade e multideterminação do fenômeno psicológico;
- d) Compreensão crítica dos fenômenos sociais, econômicos, culturais e políticos do País, fundamentais ao exercício da cidadania e da profissão;
- e) Atuação em diferentes contextos considerando as necessidades sociais, os direitos humanos, tendo em vista a promoção da qualidade de vida dos indivíduos, grupos, organizações e comunidades;

(*) CNE/CES Resolução 8/2004 - Diário Oficial da União, Brasília, 18 de maio de 2004, Seção 1, p. 16 e 17.

f) Respeito à ética nas relações com clientes e usuários, com colegas, com o público e na produção e divulgação de pesquisas, trabalhos e informações da área da Psicologia;

g) Aprimoramento e capacitação contínuos.

Art. 4º A formação em Psicologia tem por objetivos gerais dotar o profissional dos conhecimentos requeridos para o exercício das seguintes competências e habilidades gerais:

a) Atenção à saúde: os profissionais devem estar aptos a desenvolver ações de prevenção, promoção, proteção e reabilitação da saúde psicológica e psicossocial, tanto em nível individual quanto coletivo, bem como a realizar seus serviços dentro dos mais altos padrões de qualidade e dos princípios da ética/bioética;

b) Tomada de decisões: o trabalho dos profissionais deve estar fundamentado na capacidade de avaliar, sistematizar e decidir as condutas mais adequadas, baseadas em evidências científicas;

c) Comunicação: os profissionais devem ser acessíveis e devem manter os princípios éticos no uso das informações a eles confiadas, na interação com outros profissionais de saúde e o público em geral;

d) Liderança: no trabalho em equipe multiprofissional, os profissionais deverão estar aptos a assumirem posições de liderança, sempre tendo em vista o bem estar da comunidade;

e) Administração e gerenciamento: os profissionais devem estar aptos a tomar iniciativas, fazer o gerenciamento e administração da força de trabalho, dos recursos físicos e materiais e de informação, da mesma forma que devem estar aptos a serem empreendedores, gestores, empregadores ou líderes nas equipes de trabalho;

f) Educação permanente: os profissionais devem ser capazes de aprender continuamente, tanto na sua formação, quanto na sua prática, e de ter responsabilidade e compromisso com a sua educação e o treinamento das futuras gerações de profissionais, estimulando e desenvolvendo a mobilidade acadêmica e profissional, a formação e a cooperação através de redes nacionais e internacionais.

Art. 5º A formação em Psicologia exige que a proposta do curso articule os conhecimentos, habilidades e competências em torno dos seguintes eixos estruturantes:

a) Fundamentos epistemológicos e históricos que permitam ao formando o conhecimento das bases epistemológicas presentes na construção do saber psicológico, desenvolvendo a capacidade para avaliar criticamente as linhas de pensamento em Psicologia;

b) Fundamentos teórico-metodológicos que garantam a apropriação crítica do conhecimento disponível, assegurando uma visão abrangente dos diferentes métodos e estratégias de produção do conhecimento científico em Psicologia;

c) Procedimentos para a investigação científica e a prática profissional, de forma a garantir tanto o domínio de instrumentos e estratégias de avaliação e de intervenção, quanto a competência para selecioná-los, avaliá-los e adequá-los a problemas e contextos específicos de investigação e ação profissional;

d) Fenômenos e processos psicológicos, que constituem classicamente objeto de investigação e atuação no domínio da Psicologia, de forma a propiciar amplo conhecimento de suas características, questões conceituais e modelos explicativos construídos no campo, assim como seu desenvolvimento recente;

e) Interfaces com campos afins do conhecimento para demarcar a natureza e a especificidade do fenômeno psicológico e percebê-lo em sua interação com fenômenos biológicos, humanos e sociais, assegurando uma compreensão integral e contextualizada dos fenômenos e processos psicológicos;

f) Práticas profissionais voltadas para assegurar um núcleo básico de competências que permitam a atuação profissional e a inserção do graduado em diferentes contextos institucionais e sociais, de forma articulada com profissionais de áreas afins.

Art. 6º A identidade do curso de Psicologia no país é conferida através de um núcleo comum de formação, definido por um conjunto de competências, habilidades e conhecimentos.

Art. 7º O núcleo comum da formação em Psicologia estabelece uma base homogênea para a formação no País e uma capacitação básica para lidar com os conteúdos da Psicologia, enquanto campo de conhecimento e de atuação.

Art. 8º As competências reportam-se a desempenhos e atuações requeridas do formado em Psicologia, e devem garantir ao profissional um domínio básico de conhecimentos psicológicos e a capacidade de utilizá-los em diferentes contextos que demandam a 3 investigação, análise, avaliação, prevenção e atuação em processos psicológicos e psicossociais, e na promoção da qualidade de vida. São elas:

a) Analisar o campo de atuação profissional e seus desafios contemporâneos;

b) Analisar o contexto em que atua profissionalmente em suas dimensões institucional e organizacional, explicitando a dinâmica das interações entre os seus agentes sociais;

c) Identificar e analisar necessidades de natureza psicológica, diagnosticar, elaborar projetos, planejar e agir de forma coerente com referenciais teóricos e características da população-alvo;

d) Identificar, definir e formular questões de investigação científica no campo da Psicologia, vinculando-as a decisões metodológicas quanto à escolha, coleta, e análise de dados em projetos de pesquisa;

e) Escolher e utilizar instrumentos e procedimentos de coleta de dados em Psicologia, tendo em vista a sua pertinência;

f) Avaliar fenômenos humanos de ordem cognitiva, comportamental e afetiva, em diferentes contextos;

g) Realizar diagnóstico e avaliação de processos psicológicos de indivíduos, de grupos e de organizações;

- h) Coordenar e manejar processos grupais, considerando as diferenças individuais e sócio-culturais dos seus membros;
- i) Atuar inter e multiprofissionalmente, sempre que a compreensão dos processos e fenômenos envolvidos assim o recomendar;
- j) Relacionar-se com o outro de modo a propiciar o desenvolvimento de vínculos interpessoais requeridos na sua atuação profissional;
- k) Atuar profissionalmente, em diferentes níveis de ação, de caráter preventivo ou terapêutico, considerando as características das situações e dos problemas específicos com os quais se depara;
- l) Realizar orientação, aconselhamento psicológico e psicoterapia;
- m) Elaborar relatos científicos, pareceres técnicos, laudos e outras comunicações profissionais, inclusive materiais de divulgação;
- n) Apresentar trabalhos e discutir idéias em público;
- o) Saber buscar e usar o conhecimento científico necessário à atuação profissional, assim como gerar conhecimento a partir da prática profissional.

Art. 9º As competências, básicas, devem se apoiar nas habilidades de:

- a) Levantar informação bibliográfica em indexadores, periódicos, livros, manuais técnicos e outras fontes especializadas através de meios convencionais e eletrônicos;
- b) Ler e interpretar comunicações científicas e relatórios na área da Psicologia;
- c) Utilizar o método experimental, de observação e outros métodos de investigação científica;
- d) Planejar e realizar várias formas de entrevistas com diferentes finalidades e em diferentes contextos;
- e) Analisar, descrever e interpretar relações entre contextos e processos psicológicos e comportamentais;
- f) Descrever, analisar e interpretar manifestações verbais e não verbais como fontes primárias de acesso a estados subjetivos;
- g) Utilizar os recursos da matemática, da estatística e da informática para a análise e apresentação de dados e para a preparação das atividades profissionais em Psicologia.

Art. 10. Pela diversidade de orientações teórico- metodológicas, práticas e contextos de inserção profissional, a formação em Psicologia diferencia-se em ênfases curriculares, entendidas como um conjunto delimitado e articulado de competências e habilidades que configuram oportunidades de concentração de estudos e estágios em algum domínio da Psicologia.

Art. 11. A organização do curso de Psicologia deve explicitar e detalhar as ênfases curriculares que adotar, descrevendo-as detalhadamente em sua concepção e estrutura.

§ 1º. A definição das ênfases curriculares, no projeto do curso, envolverá um subconjunto de competências e habilidades dentre aquelas que integram o domínio das competências gerais do psicólogo, compatível com demandas sociais atuais e ou potenciais, e com a vocação e condições da instituição.

§ 2º A partir das competências e habilidades definidas, o projeto de curso deverá especificar conteúdos e experiências de ensino capazes de garantir a concentração no domínio abarcado pelas ênfases propostas.

§ 3º A instituição deverá oferecer, pelo menos, duas ênfases curriculares que assegurem possibilidade de escolha por parte do aluno.

4º O projeto de curso deve prever mecanismos que permitam ao aluno escolher uma ou mais dentre as ênfases propostas.

Art. 12. Os domínios mais consolidados de atuação profissional do psicólogo no país podem constituir ponto de partida para a definição de ênfases curriculares, sem prejuízo para que no projeto de curso as instituições formadoras concebam recortes inovadores de competências que venham a instituir novos arranjos de práticas no campo.

§ 1º O subconjunto de competências definido como escopo de cada ênfase deverá ser suficientemente abrangente para não configurar uma especialização em uma prática, procedimento ou local de atuação do psicólogo. São possibilidades de ênfases, entre outras, para o curso de Psicologia:

a) Psicologia e processos de investigação científica que consiste na concentração em conhecimentos, habilidades e competências de pesquisa já definidas no núcleo comum da formação, capacitando o formando para analisar criticamente diferentes estratégias de pesquisa, conceber, conduzir e relatar investigações científicas de distintas naturezas;

b) Psicologia e processos educativos que compreende a concentração nas competências para diagnosticar necessidades, planejar condições e realizar procedimentos que envolvam o processo de educação e de ensino-aprendizagem através do desenvolvimento de conhecimentos, habilidades, atitudes e valores de indivíduos e grupos em distintos contextos institucionais em que tais necessidades sejam detectadas;

c) Psicologia e processos de gestão que abarca a concentração em competências definidas no núcleo comum da formação para o diagnóstico, planejamento e uso de procedimentos e técnicas específicas voltadas para analisar criticamente e aprimorar os processos de gestão organizacional, em distintas organizações e instituições;

d) Psicologia e processos de prevenção e promoção da saúde que consiste na concentração em competências que garantam ações de caráter preventivo, em nível individual e coletivo, voltadas a capacitação de indivíduos, grupos, instituições e comunidades para protegerem e promoverem a saúde e qualidade de vida, em diferentes contextos em que tais ações possam ser demandadas;

e) Psicologia e processos clínicos que envolve a concentração em competências para atuar, de forma ética e coerente com referenciais teóricos, valendo-se de processos psicodiagnósticos, de aconselhamento, psicoterapia e outras estratégias clínicas, frente a questões e demandas de ordem psicológica apresentadas por indivíduos ou grupos em distintos contextos;

f) Psicologia e processos de avaliação diagnóstica que implica na concentração em competências referentes ao uso e ao desenvolvimento de diferentes recursos, estratégias e instrumentos de observação e avaliação úteis para a compreensão diagnóstica em diversos domínios e níveis de ação profissional.

§ 2º As definições gerais das ênfases propostas no projeto de curso devem ser acompanhadas pelo detalhamento das competências e pelo conjunto de disciplinas que darão o suporte do conhecimento acumulado necessário para o seu desenvolvimento pelo formando.

§ 3º As ênfases devem incorporar estágio supervisionado estruturado para garantir o desenvolvimento das competências específicas previstas.

Art. 13º - A formação do professor de Psicologia dar-se-á em um projeto pedagógico complementar e diferenciado, elaborado em conformidade com a legislação que regulamenta a formação de professores no país.

§ 1º O projeto pedagógico para a formação do Professor de Psicologia deve propiciar o desenvolvimento das competências e habilidades básicas constantes no núcleo comum do curso de Psicologia e daquelas previstas nas Diretrizes Nacionais para a formação do professor da Educação Básica, em nível superior.

Art. 14. A organização do curso de Psicologia deve, de forma articulada, garantir o desenvolvimento das competências do núcleo comum, seguido das competências das partes diversificadas - ênfases - sem concebê-los, entretanto, como momentos estanques do processo de formação.

Art. 15. O projeto do curso deve explicitar todas as condições para o seu funcionamento, a carga horária efetiva global, do núcleo comum e das partes diversificadas, inclusive dos diferentes estágios supervisionados, bem como a duração máxima do curso.

Art. 16. O projeto do curso deverá prever, outrossim, procedimentos de auto-avaliação periódica, dos quais deverão resultar informações necessárias para o aprimoramento do curso.

Art. 17. As atividades acadêmicas devem fornecer elementos para a aquisição das competências, habilidades e conhecimentos básicos necessários ao exercício profissional. Assim, essas atividades devem, de forma sistemática e gradual, aproximar o formando do exercício profissional correspondente às competências previstas para a formação.

Art. 18. Os eixos estruturantes do curso deverão ser decompostos em conteúdos curriculares e agrupados em atividades acadêmicas, com objetivos de ensino, programas e procedimentos específicos de avaliação.

Art. 19. O planejamento acadêmico deve assegurar, em termos de carga horária e de planos de estudos, o envolvimento do aluno em atividades, individuais e de equipe, que incluam, entre outros:

- a) Aulas, conferências e palestras;
- b) Exercícios em laboratórios de Psicologia;
- c) Observação e descrição do comportamento em diferentes contextos;
- d) Projetos de pesquisa desenvolvidos por docentes do curso;
- e) Práticas didáticas na forma de monitorias, demonstrações e exercícios, como parte de disciplinas ou integradas a outras atividades acadêmicas;
- f) Consultas supervisionadas em bibliotecas para identificação crítica de fontes relevantes;
- g) Aplicação e avaliação de estratégias, técnicas, recursos e instrumentos psicológicos;
- h) Visitas documentadas através de relatórios a instituições e locais onde estejam sendo desenvolvidos trabalhos com a participação de profissionais de Psicologia;
- i) Projetos de extensão universitária e eventos de divulgação do conhecimento, passíveis de avaliação e aprovados pela instituição;
- j) Práticas integrativas voltadas para o desenvolvimento de habilidades e competências em situações de complexidade variada, representativas do efetivo exercício profissional, sob a forma de estágio supervisionado.

Art. 20. Os estágios supervisionados são conjuntos de atividades de formação, programados e diretamente supervisionados por membros do corpo docente da instituição formadora e procuram assegurar a consolidação e articulação das competências estabelecidas.

Art. 21. Os estágios supervisionados visam assegurar o contato do formando com situações, contextos e instituições, permitindo que conhecimentos, habilidades e atitudes se concretizem em ações profissionais, sendo recomendável que as atividades do estágio supervisionado se distribuam ao longo do curso.

Art. 22. Os estágios supervisionados devem se estruturar em dois níveis - básico e específico - cada um com sua carga horária própria.

§ O estágio supervisionado básico incluirá o desenvolvimento de práticas integrativas das competências e habilidades previstas no núcleo comum.

§ 2o Cada estágio supervisionado específico incluirá o desenvolvimento de práticas integrativas das competências, habilidades e conhecimentos que definem cada ênfase proposta pelo projeto de curso.

§ 3o Os estágios básico e específico deverão perfazer, ao todo, pelo menos 15% da carga horária total do curso.

Art. 23. As atividades de estágio supervisionado devem ser documentadas de modo a permitir a avaliação, segundo parâmetros da instituição, do desenvolvimento das competências e habilidades previstas.

Art. 24. A instituição poderá reconhecer atividades realizadas pelo aluno em outras instituições, desde que estas contribuam para o desenvolvimento das habilidades e competências previstas no projeto de curso.

Art. 25. O projeto de curso deve prever a instalação de um Serviço de Psicologia com as funções de responder às exigências para a formação do psicólogo, congruente com as competências que o curso objetiva desenvolver no aluno e a demandas de serviço psicológico da comunidade na qual está inserido.

Art. 26. Esta Resolução entra em vigor na data de sua publicação, revogadas as disposições em contrário.

Conselheiro Edson de Oliveira Nunes

Presidente da Câmara de Educação Superior